

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180262359 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO **Data do acidente:** 09/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA PERFURANTE DO OLHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO SUTURA DE CORNEÁ.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda da visão de um olho	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180262359 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO **Data do acidente:** 09/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL COM FERIMENTO PERFUROCORTANTE EM OLHO ESQUERDO E LESÃO DA Córnea

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA CICATRIZ LINEAR EM Córnea DO OLHO ESQUERDO COM DÉFICIT VISUAL À ESQUERDA. VÍTIMA APENAS CONSEGUE DISTINGUIR VULTOS E CORES COM O OLHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU TRAUMATISMO CRANIOFACIAL COM FERIMENTO PERFUROCORTANTE EM OLHO ESQUERDO E LESÃO DA Córnea, FOI SUBMETIDA À CIRURGIA OFTALMOLÓGICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OLHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/09/2018

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO OLHO ESQUERDO EM GRAU INTENSO.

Médico examinador: FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JUNIOR

CRM do médico: 365

UF do CRM do médico: RR

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda da visão de um olho	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Anderson Anisio

CRM do médico: 52.25458-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

Nº Sinistro: 3180262359

Vítima: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

Data do Acidente: 09/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180262359**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12940397



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

Sinistro: 3180262359
Vítima: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO
Data do Acidente: 09/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180262359** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO
Nº Sinistro: 3180262359
Vitima: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO
Data do Acidente: 09/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180262359**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

Sinistro: 3180262359
Vítima: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO
Data do Acidente: 09/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180262359** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

711.758.672-04

Nome completo da vítima

ISAÍAS RIBEIRO MEDRADA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
ISAÍAS RIBEIRO MEDRADA		711.758.672-04		MOTORISTA	
Endereço		Número		Complemento	
RUA: CARMELO, 599 - DR SILVIO BOTELHO		599			
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
DR SILVIO BOTELHO	BOA VISTA	RR	69.314-537		
Email					

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR		<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				BANCO			
				Nome		NRO	
				CAIXA ECONÔMICA FEDERAL		104	
AGÊNCIA		D/V		CONTA		D/V	
NRO.				NRO.			
3027		001		31825		0	
(Informar dígito se existir)				(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

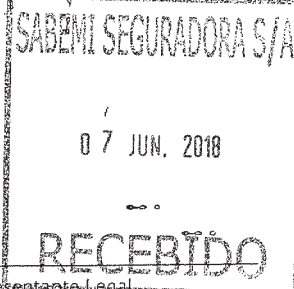
BOA VISTA, 26 de MARÇO de 2018

Local e Data

Isaias Ribeiro Medrada

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 127/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 22/03/2018

COMUNICANTE: GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

RG: 181863 EXP.: SSP/RR

CPF: 690.216.512-20

ENDEREÇO: AV. ABRAÃO FÉLIX LIMA Nº 887

BAIRRO: JARDIM TROPICAL

CIDADE: BOA VISTA

UF: RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: PROFESSOR

NATURALIDADE: VITORINO FREIRE

ESTADO: MA

DATA DE NASCIMENTO: 03/05/1981 IDADE: 36 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO SUPERIOR

ESTADO CIVIL: CASADO TELEFONE: (095) 9 9159-9032 Nº REG. CNH: 03004474901

NOME DO PAI: JOCENIAS ALMEIDAS SANTOS

NOME DA MÃE: MARIA NASCIMENTO SANTOS

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 20:30 do dia 09/01/2018, NA AV. CARMELO – DR. SILVIO BOTELHO

O comunicante **GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ**, procurador do Sr. ISAIAS RIBEIRO MEDRADO, relata que na data, hora e endereço acima descrito, o mesmo foi atravessar a rua de sua casa, quando foi atropelado por uma motocicleta; QUE foi levado por terceiros ao Hospital Cosme e Silva e posteriormente ao HGR; QUE devido o acidente o Sr. ISAIAS teve LESÃO CORPORAL; **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE**; QUE o motivo do BO é para fins de requerimento do **SEGURO DPVAT**. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL


GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

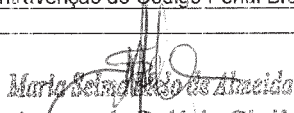
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT

22 MAR. 2018

**AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR**


Maria de Inês Almeida
Agente de Polícia Civil
Mat. 042000213
Agente de Polícia Civil

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JUN. 2018

RECEBIDO

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE Ocorrência**



**BOLETIM DE Ocorrência Nº 450/2018/DAT ADITANDO O B.O 127/18 - DAT- RR, em
15/08/2018.**

COMUNICANTE: GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

RG:181863 EXP.: SSP/RR CPF: 690216512-20

ENDEREÇO: AV. ABRAÃO FELIX LIMA, 887 BAIRRO: JARDIM TROPICAL

MUNICÍPIO: BOA VISTA - RR

SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: PROFESSOR

NATURALIDADE: VITORINO FREIRE - MA

DATA DE NASCIMENTO: 03/05/1981 IDADE: 37 ANOS

ESTADO CIVIL: CASADO TELEFONE: 991460718 Nº REG. CNH:

NOME DO PAI: JOCENIAS ALMEIDAS SANTOS

NOME DA MÃE: MARIA NASCIMENTO SANTOS

SABEMI SEGURADORA S/A

29 AGO 2018

RECEBIDO

O comunicante informa QUE a motocicleta envolvida no acidente é desconhecida, pois após o acidente a mesma se evadiu do local sem prestar socorro à vítima. É o registro.

NATUREZA DA Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

JORGE FERNANDO PAIVA FIGUEIREDO
AGENTE DE POLICIA

MAT: 42000787

AGENTE DE POLICIA
CONFERIDOR

GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ
COMUNICANTE

"O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas é cliente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúnciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ISAIS RIBEIRO MEDRADA

CPF da Vítima

771.758.612-09

Data do Acidente

09.01.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

BOA VISTA, 26 de MARÇO de 2018

Local e Data

Isaías Ribeiro Medrada

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JUN. 2018

RECEBIDO

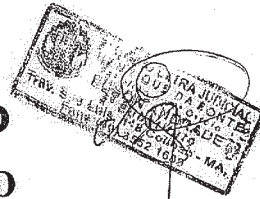


REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

MATRICULA: 0298190155 1986 1 00019 028 0017913 51



Código Serv.	Acervo	Código Reg.	Ano Reg.	Tipo Livro	Nº: Livro	Folhas	Nº: Termo	Dig. Ver.
029819	01	55	1986	1	00019	028	0017913	51

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO	DIA	MÊS	ANO
Dezessete de outubro de mil novecentos e oitenta e quatro.	17	10	1984

HORA	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
10: 00	Colinas - MA.

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO	LOCAL DE NASCIMENTO	SEXO
Colinas - MA	Em Jatobá - MA.	Masculino

FILIAÇÃO

ESPEDITO FERREIRA MEDRADO - natural do Maranhão.

MARIA RIBEIRO DA SILVA - natural do Maranhão

AVÓS

PATERNOS: Salustiano Ferreira Medrado e Maria Júlia da Conceição Medrado.

MATERNOS: Domingos Ribeiro da Silva e Aldete Ribeiro da Silva.

GÊMEOS NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO	NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO
Quatro de agosto de mil novecentos e oitenta e seis.	

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Consta à margem do registro de nascimento a averbação do Reconhecimento de Paternidade, feito pelo Pai: ESPEDITO FERREIRA MEDRADO, na data de 29/05/2012, no Cartório do 2º Ofício de Colinas - MA, onde constava o nome ISAIAS RIBEIRO DA SILVA, passará o registrado a assinar o nome: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO, fazendo constar ainda o nome dos avós paternos: SALUSTIANO FERREIRA MEDRADO e MARIA JÚLIA DA CONCEIÇÃO MEDRADO.

2º Ofício Extrajudicial

Oficial Registrador: HENRIQUE SAMPAIO DA FONTE.

MUNICÍPIO: Colinas - MA

ENDEREÇO: Travessa São Luis, 118, Centro.

TELE/FAX. (99) 3552-1680

CEP: 65690-000

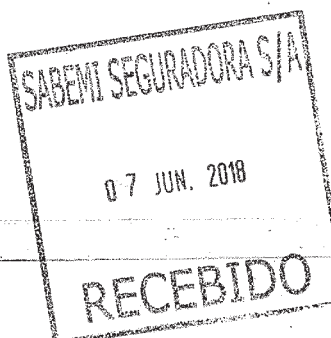
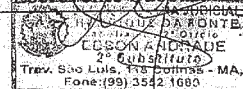
O conteúdo da certidão é verdadeiro.

Dou fê.

Colinas-MA, 06 de Agosto de 2012.

EDSON ANDRADE

2º Escrevente Substituto



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000031825-0

Nr. da Autenticação 43596C8B2823ADFC

ATO DECLARATÓRIO

09/01/2018

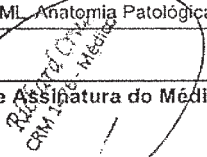
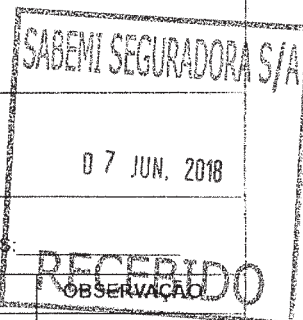
... Guia de Atendimento 02 ...

LARANJA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
POLICLINICA COSME E SILVA
RUA DELMAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA



1800299337	09/01/2018 20:47:00	FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA	NOTURNO 19	112
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPE	Prontuário
ISAIAS RIBEIRO DA SILVA		17/10/1984	33 A 2 M 23 D		77175867204	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	223041	SSP/RR		M		SEM
Mãe				Pai	INFORMAÇÃO	
MARIA RIBEIRO DA SILVA				Contato		
Endereço				Ocupação		
- RUA CARMELO - 599 - ---				NÃO INFORMADA		
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
LARANJA	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA					140 x 100
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
RECEPÇÃO SPA / URG / E	DEMANDA ESPONTANEA		ELIANA ALVES			
Queixa Principal						
<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
ACIDENTE DE TRANSITO						
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL	
Corpo estranho em olho esquerdo.				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 21:23h)						
ENTRADA DE CORPO ESTRANHO "PEDAÇO DE FERRO" EM OLHO E HORA DAS TARDES. QUEIXA SE DE						
Exame Físico						
DOR + INFLAMAÇÃO						
ACUMULO V. VERMELHA + EPIFORA						
Hipótese Diagnóstica						
TRAUMA OCULAR						
SADT - Exames Complementares						
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		
DIPLOPIA LGTAD (EV)				CONFERE COM ORIGINAL		
ENCAMINHO AO HGR/PAR				Em 01/10/2018		
				Ass:		
				Gerente do Núcleo do SAMU Atendimento		
				Port. nº 029/2018		
Conduta						
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:			<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / /			
óbito						
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica						
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico		
Impresso por: kella.silva						
Data Hora: 09/01/2018 21:19:54						
<small> 1.234 000001 - Sistema Único de Saúde C.A. - 00000000000000000000 CN. 00000000000000000000 </small>				 1800299337		



UVE/PCS



ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 432944

MARIA DAS NEVES RIBEIRO DA SILVA

R. CARMELO, 599 ,

DR. SILVIO BOTELHO

69314537 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 353990	MÊS 03/2018	PERÍODO DE CONSUMO 17-FEB-18 a 19-MAR-18
CONSUMO (kWh) 327	VENCIMENTO 06-APR-18	TOTAL A PAGAR R\$ 210,10

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDRR: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

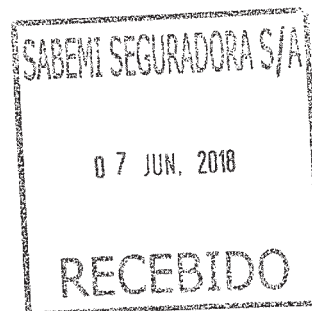
recorte aqui



ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 353990	MÊS 03/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 210,10
------------------------	----------------	-----------------------------

836200000021.101000750006.000000000356.399003180052





Eletrobras

Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0108786-0

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 000445079

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2018	06/04/2018	586	418,72

GILVAN NASCIMENTO SANTOS

AV ABRAHAO FELIX LIMA 887 JARDIM TROPICAL

CPF: 00069021651220

CEP: 69.314-570 - BOA VISTA

ROT: 31.001.27.19.903400

DADOS DA LEITURA		kWh	kVArh	DADOS DA LEITURA	
Atual:		18112		Atual:	20/03/2018
Anterior:		17526		Anterior:	19/02/2018
Constante de Multiplicação:		1,000		Próxima Leitura:	19/04/2018
Consumo Medido:		586		Emissão:	19/03/2018
Consumo Faturado:		586	FCAM	Apresentação:	20/03/2018
NORMAL				29	

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2804669	M 1516735	1.1.1.2	405

HISTÓRICO KWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
FEV/18 1318	CONSUMO 586 A R\$ 0,570386 = 334,24
JAN/18 272	CORR MONETARIA TCD (IGPM) 8/1 1,43
DEZ/17 716	PARCELAMENTO DE DEBITOS 8/12 64,18
NOV/17 760	ILUMINACAO PUBLICA 18,87
OUT/17 749	
SET/17 639	
AGO/17 408	
JUL/17 0	
JUN/17 0	
MAI/17 0	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 586 - 0,456770	

MENSAGENS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTO
Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/04/2018, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 274,88 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 356C.5E8A.13A4.F4FB.7E88.B440.F047.4B2B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS
Distribuição: 100,38	334,24
Energia: 160,60	Base de Cálculo: 17,00%
Transmissão: 0,00	Alíquota ICMS: 56,82
Encargos: 6,69	Valor do ICMS: 1,84
Tributos: 66,57	Valor do PIS: 7,91

INDICADORES DE CONTINUIDADE
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 -
0,00 0,00 0,00 0,00
01/2018 0,00

ROT: 31.001.27.19.903400



Eletrobras

Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0108786-0

TOTAL A PAGAR - R\$
418,72

MÊS FATURADO
03/2018

VENCIMENTO
06/04/2018

000445079 FCAM

Nº da Nota Fiscal:

83610000004 8 18720075000 3 00000000108 1 78600318008 4



SEQ.: 00282 UC: 0108786-0 DT.LEIT.: 20/03/2018 T.ENTR.: 04
LEITURA: 18112 NORMAL TOTAL: 418,72 CARGA: 024
DT.VENC.: 06/04/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1171

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JUN. 2018

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ inscrito (a) no CPF 690.216.512 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ISAÍAS RIBEIRO MEDRADA inscrito (a) no CPF sob o Nº 771.758.672 / 04, do sinistro de DPVAT cobertura POR INVALIDEZ da Vítima ISAÍAS RIBEIRO MEDRADA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 771.758.672 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

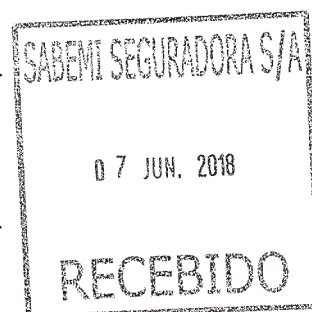
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

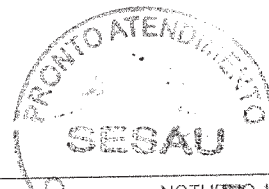
Endereço <u>AVI ABRAÃO FÉLIX LIMA</u>		Número <u>887</u>	Complemento
Bairro <u>JARDIM TROPICAL</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69314-570</u>
Email <u>gilvanoficial@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 99159-9032</u>

BOA VISTA-RR, 26 de MARÇO de 2018
Local e Data

GILVAN
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
POLICLINICA COSME E SILVA
RUA DELMAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA



<http://10.102.5.252:8888/IS4/is4//673AE085-64FD-4819-9E2B-BF9C3B7C02B6.html>

EMBRANCO

09/01/2018 21:59:32

FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA

NOTURNO 19- 82

Paciente ISAIAS RIBEIRO DA SILVA	Data Nascimento 17/10/1984	Idade 33 A 2 M 23 D	CNS	CPF ⁰⁷ 77175867204	Prontuário
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 223041	Órgão Emissor SSP/ RR	Data Emissão	Sexo M	Estado Civil SOLTEIRO(A) SEM
Mãe MARIA RIBEIRO DA SILVA				Raça/Cor BOA VISTA - RR	Naturalidade BRASILEIRA
Endereço RUA - CARMELO - 599 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR				Pai NC	Contato
					Ocupação NÃO INFORMADA
Class. de Risco AMARELO	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso 160 x 120
Sector PRONTO ATENDIMENTO	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.			Registrado por: VINÍCIUS.CAVALCANTE

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue
CORPO ESTRANHO NO OLHO

Anamnese de Enfermagem
NEGA DM, HAS E ALERGIAS

GSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)
**paciente com fratura orbital há 7 dias
refere bolinha de ferro em olho esquerdo**

Exame Físico
**olho direito normal
edema de pálpebra, presença de corpo estranho**

Hipótese Diagnóstica
lesão cornea @

SADT - Exames Complementares
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

1) 2 gotas colírio anestésico	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
2) Dexametasona 1mg/1 (EU) Suspensão		08 MAR. 2018
3) Tobrel 40mg (EU)		
4) Captopril 50mg (EU)		

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: **Oftalmologia**

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: **07 JUN 2018**

óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: hevelin.enfermeira
Data Hora: 09/01/2018 22:01:31

07 JUN. 2018

RECEBIDO

Robson Ribeiro Villaverde
OFTALMOLOGISTA

1800892201

AZUL

GRANDE TRAUMA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

HG
Hospital Geral
de Roraima



1800901284 30/01/2018 08:21:27 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA DIURNO 07-19 33

Paciente ISAIAS RIBEIRO DA SILVA Data Nascimento 17/10/1984 Idade 33 A 3 M 13 D CNS CPF 77175867204 Prontuário 162911
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 223041 SSP/ RR M SOLTEIRO(A) SEM BOA VISTA - RR BRASILEIRA
Mãe MARIA RIBEIRO DA SILVA Pai INFORMACÃO Contato
Endereço RUA - CARMELO - 599 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR Ocupação NÃO INFORMADA

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
AZUL SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol. Registrado por PATRICIA COLLYER 36.50 140 x 90

Queixa Principal () Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue
DOR NO OLHO E, PÓS TRAUMA, HÁ 23 DIAS

Anamnese de Enfermagem
NEGA: DM, HAS; TEM ALERGIA MEDICAMENTOSA A DIPIRONA

GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 09:52 h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

() RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

() Alta por Decisão Médica
() Alta a Pedido
() Alta a Revelia
() Transferência para: Oftalmologia

() Ambulatório
() Observação (Até 24h)
() Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: marcia.cristianne
Data Hora: 30/01/2018 08:25:38

07 JUN. 2018

© 2018
SOTEC - Soluções em Tecnologia
SA - Implantação em Saúde
VIA 4.252 - 010124

RECEBIDO



1800901284

BPA



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

UQA

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

UQR

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Isaías Wladimir M. Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

17/10/1984

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria M. dos Anjos M. Silva

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Carmelo 599, Bairro Siqueira Botelho

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

- Isenção por parte certa de 15 dias
- Sinal compressivo positivo, CA 151

18 - CONDIÇÕES DE JUSTIFICAÇÃO INTERNAÇÃO

AS mãos

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Boa Vista

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Alcance de 12 cm

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAPSULAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Conservação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

(X) CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

612151124152916

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Roberto Ribeiro de Almeida

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

20/01/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Roberto Ribeiro de Almeida

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Nº DO ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

040 5050305

BPA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 30/01/2018 O.S. _____

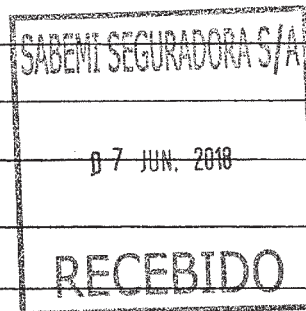
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Lacrimação de córnea

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Sutura

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Lacrimação de córnea



CIRURGIÃO: Dr. Roger Ribeiro

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

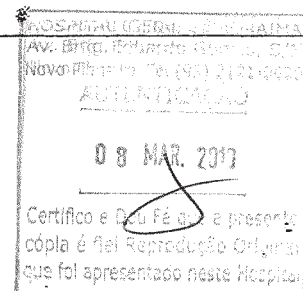
INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

- Anestesia, Antropia, Anestesia de Roraima
- Córnea opaca
- Lacrimação de Blafar opaca
- Refrato com sutura
- Sutura de córnea com nylon 10-0
- Refrato de PR de sutura
- Córnea com sutura lacrimal de Roraima



Dr. Rogério Villanueva
OFTALMOLOGISTA
CRM/RR - 917 - RQE-11



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Assessoria Jurídica

FICHA DE ANESTESIA

João Ribeiro do Silva,

30/05/18

PRÉ-MEDICAÇÃO DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

Emergência

AGENTES	Nº	15 30 45				15 30 45				15 30 45				15 30 45			
		02															
LÍQUIDOS VENOSOS	A	SF															
	M	500															
DA	°C	240															
X	38	220															
ULSO	36	100% 100%															
O	34	180															
ANES	32	160															
X	30	140															
OP	120	✓✓✓✓✓✓✓✓															
O	100																
TEMP	80	MMMMMMMM															
ASPIR.	60																
A	20																
RESP	Expon	X															
	Assist	X															
	Contro																

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Fentanil 80mcg		Sedação Venosa	X - Monitorização (FC, SpO ₂ , ECG, PA, NI) 3 - Sedação venosa com agentes A e B 2 - A SRPA
B Midazolam 4mg		Ventilação espontânea	
C		CNO ₂ 100% 2L/min	
D			
E			
F			
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Pré - Naso / Oro Faringea	
HDCO		Naso / Orotraqueal - Cega	
SANGUE		Sai - Tamp - Calibre do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	500 ml	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	Sutura do Corneo		
ANESTESIA	Dra Ana Paula	CÓDIGO	
		CIRURGIÃO	Dr Robin
		PE. DA SEGURADORA	

Dra. Ana Paula Thomé
Médica Anestesiologista
CRM-RR 1408SABEMI SEGURADORA S/A
07 JUN. 2018
RECEBIDO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	Idade: 38	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Isaías Ribeiro da Silva		P2R		30 / 01 / 2018

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
Sutura de Corvêo	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	11:25		

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Dr. Ana Paula
Dr. Robin	RES. ANESTESIA:	Dr. Glauco
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
2º AUXILIAR	CIRCULANTE	Orlando / Rafaela
TIPO DE ANESTESIA: Sedação + Bloqueio Peridural		
TEMPO DE DURAÇÃO:		

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250 gml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
7	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 30/3	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURINº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº	
1	SERINGA 10ML			Agulha Insulina	
	SERINGA 20ML		17	Cotomelo	
1	Eletródos			5ml Nova bu Pi S/ Novo	
	Cateter 02				

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA			TAXA DE SALA	
				TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

07 JUN. 2018

RECEBIDO

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Paciente: João Ribeiro dos Santos
Responsável Cirúrgico: Dr. Roberto

Anestesiista: Dr. Ana Paula

ENTRADA: (Sala de Anestesia)

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
☒ Consentimento

☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplicar ☒ Não se Aplica

RISCO DEMORADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXIMETRIA DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
☒ Não ☐ Sim, Qual:

ÁREA DE RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

☐ Sim, e acesso endovenoso planejado e planejamento para fluidos

Assinatura: João Ribeiro dos Santos

Data: 30/06/18 Hora: 11:00

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIAO: Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica
☒ Sim, Qual: ceftriaxona

Hora: 11:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS
☐ Sim
☒ Não se aplica

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

3. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☒ Não

☐ O CIRURGIAO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura: Stellen da S. Ramos

Assinatura e Carimbo

07 JUN. 2018

RECEBIDO



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

TA
RA

EVOLUÇÃO

20/06/18 - Murcha submaxilar e constrição na área orofaríngea

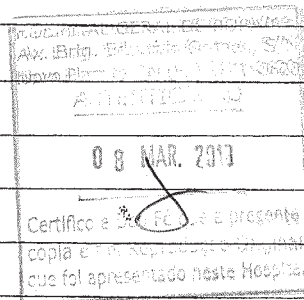
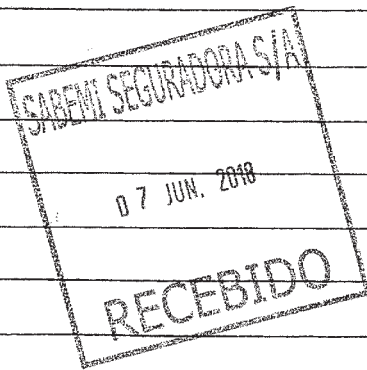
16/06/18 - Murcha submaxilar

Dr. Robin Ribeiro Villanova
OFTALMOLOGISTA
CRMRR-917 ROE-11

Recebeu o paciente, CA de 14 anos, com diagnóstico de Síndrome de Down

com Murcha submaxilar
Nódulo na mandíbula

Dr. Robin Ribeiro Villanova
OFTALMOLOGISTA
CRMRR-917 ROE-11



ASSINATURA: _____

INSS
DPIAT



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

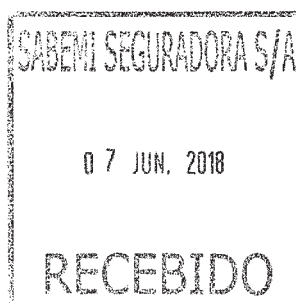
Receituário

NOME:

ISAÍAS ALIAN EN SLS

Saúde:

- Avaliação oftalmológica



Tratado, paciente em acompanhamento

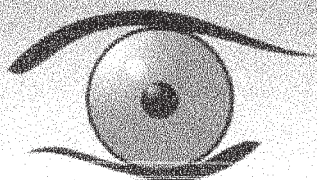
1 26/02/2018

09:00
Dr. Robin

DATA: 02, 05, 2018

Dr. Robin Elverson Villanueva
OFTALMOLOGISTA
CRM/R-317 ROE-11

ASSINATURA E CARIMBO



RV

Clínica Oftalmológica

Responsável técnico médico

Dr. Robin Rivero Villanueva CRM/RR - 917

Data: 26 / 02 / 2018

LAUDO OFTALMOLÓGICO

Nome: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

RG: 223041 ssp/RR CPF: 771758672-04

Acuidade Visual

Sem correção { OD: 20/20 J1
OE: CD3m PIN HOLE - 20/150

Ectoscopia: SEM ALTERAÇÕES EM AMBOS OLHOS

Motricidade ocular extrínseca: PRESERVADA EM AMBOS OLHOS

Reflexos pupilares: NORMAL EM AMBOS OLHOS

Senso cromático [teste de ISHIHARA]: NORMAL EM OLHO DIREITO, IMPRATICÁVEL EM OLHO ESQUERDO

Biomicroscopia

OD: SEM ALTERAÇÕES

OE: SUTURA DE CORNEA CENTRAL, CICATRIZ CORNEANA CENTRAL LINEAR

Tonometria: 14 / -- mmhg (10:05 h) – IMPRATICAVEL EM OE

Fundoscopia

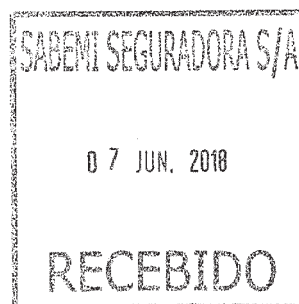
OD: PAPILA OPTICA DE BORDES NÍTIDOS, COLORAÇÃO NORMAL E COM ESCAVAÇÃO FISIOLÓGICA G (0,5X0,6), MÁCULA PRESERVADA, VASOS APRESENTANDO CRUZAMENTOS ARTERIO-VENOSOS, TRAJETO E CALIBRE NORMAIS, TAPETE CORIORRETINIANO SEM ALTERAÇÕES.

OE: PAPILA OPTICA DE BORDES NÍTIDOS, COLORAÇÃO NORMAL E COM ESCAVAÇÃO FISIOLÓGICA G (0,5X0,5), MÁCULA PRESERVADA, VASOS APRESENTANDO CRUZAMENTOS ARTERIO-VENOSOS, TRAJETO E CALIBRE NORMAIS, TAPETE CORIORRETINIANO SEM ALTERAÇÕES.

Conclusão: OLHO DIREITO – EXAME OFTALMOLOGICO NORMAL

OLHO ESQUERDO - CICATRIZ CORNEANA CID10-H17.8

- VISAO SUBNORMAL CID10-H54.5



Av. Brigadeiro Eduardo Gomes – 1965, São Francisco

CEP: 69305-005

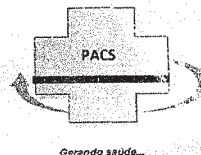
Tel: (95)9121-3001(FIXO COMERCIAL)

Dr. Robin Rivero Villanueva
OFTALMOLOGISTA
CRM/RR-917 ROE-11



EMERGÊNCIA

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA
CEP: 69316-702 - FONE: 4009-9150
RUA DELMAN VERAS, S/N, BAIRRO: PINTOLÂNDIA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"



RECEITUÁRIO

NOME:

ISAÍAS RIBEIRO DA SILVA

HGR / PAAR

PAUSE NA VÍTIMA DE ENTRADA DE DODAS
DE PARRA CROUO @ "HOJE É
TARDE" QUEIXA-SE DE DOR A
CÍEURA, VISÃO TURVA.

EF: NORA SE INHAÇÃO E BRONQUITE
CORONAL, CÍEURA PERSISTENTE,
↓ A VISÃO VISUAL

OBS: HPES S/ ANESTROSIU OFTALMO-
GICO

CD: SCLEROS - AVANÇADO E CONJUNTIVA

GRATO

Richard Cruz
CRM 1476 - Médico

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: 09/01/18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

 Polegar Direito 

Isaias Ribeiro Medrado
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CABEMI SEGURADORA S/A

07 JUN. 2018

RECEBIDO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 223041

NOME
ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

FILIAÇÃO
ESPEDITO FERREIRA MEDRADO
MARIA RIBEIRO DA SILVA

NATURALIDADE
COLINAS - MA

DOC. ORIGEM
CERTD NASC 17913 FLS 28 LIV A-19
COLINAS-MA

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/02/2018

DATA DE NASCIMENTO
17/10/1984

CPF
771.758.672-04

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Esquilo-geral da Polícia Civil
Diretor do IDC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DE GOVERNO

MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polgar Direito

Carteira de Identidade

Carteira de Identidade

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 181863

DATA DE EXPEDIÇÃO 14/09/2017

NOME

GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

FILIAÇÃO

JOCENIAS ALMEIDAS SANTOS

MARIA NASCIMENTO SANTOS

NATURALIDADE

VITORINO FREIRE - MA

DATA DE NASCIMENTO

03/05/1981

D.O.C. ORIGEM

CERTD CAS 6373 FLS 73 LIV B-22

2 OF BOA VISTA - RR

C.P.F.

690.216.512-20

2ª VIA

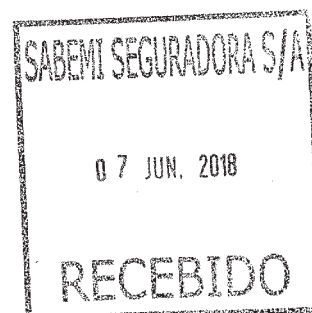
AMADEU ROCHA TRIANI

Perito Papiloscópico da Polícia Civil

Director do IODC

P7

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3180262359
Nome do(a) Examinado(a):	ISAIAS RIBEIRO MEDRADO
Endereço do(a) Examinado(a):	R CARMELO 599 DR SILVIO BOTELHO
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	771.758.672-04
Data e local do acidente:	09/01/2018-BOA VISTA-RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 13/09/2018

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA PERFURO CORTANTE EM OLHO ESQUERDO (LESÃO DE CORNEÁ)

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

CIRURGIA OFTALMOLÓGICA EM 30/01/2018

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

CICATRIZ LINEAR EM CORNEÁ DE OLHO ESQUERDO. PERICIANDO APENAS CONSEGUE DISTINGUIR VULTOS E CORES COM ESTE OLHO. LAUDO OFTALMOLÓGICO DE FUNDOSCOPIA INFORMA CICATRIZ DE CORNEÁ CID H17.8 E CID H54.5

IV) Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

PERDA PARCIAL DA VISÃO EM OLHO ESQUERDO

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): PERDA DA VISÃO EM OLHO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

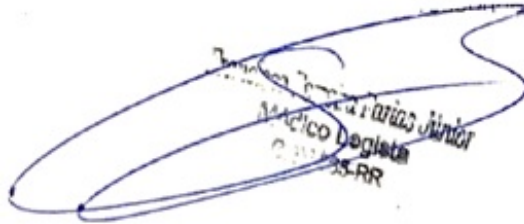
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JUNIOR - Registro no CRM: 365 - RR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180262359 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO **Data do acidente:** 09/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA PERFURANTE DO OLHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda da visão de um olho	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180262359 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO **Data do acidente:** 09/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL COM FERIMENTO PERFUROCORTANTE EM OLHO ESQUERDO E LESÃO DA Córnea

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA CICATRIZ LINEAR EM Córnea DO OLHO ESQUERDO COM DÉFICIT VISUAL À ESQUERDA. VÍTIMA APENAS CONSEGUE DISTINGUIR VULTOS E CORES COM O OLHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU TRAUMATISMO CRANIOFACIAL COM FERIMENTO PERFUROCORTANTE EM OLHO ESQUERDO E LESÃO DA Córnea, FOI SUBMETIDA À CIRURGIA OFTALMOLÓGICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OLHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/09/2018

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO OLHO ESQUERDO EM GRAU INTENSO.

Médico examinador: FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JUNIOR

CRM do médico: 365

UF do CRM do médico: RR

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda da visão de um olho	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PRESTADOR

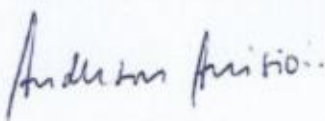
AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Anderson Anisio

CRM do médico: 52.25458-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: MOTORISTA
Nº DO RG: 223041 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 21.02.2018
Nº CPF: 771.758.672-04
ENDEREÇO: RUA: CARMELO, 599 - DR SILVIO BOTELHO

OUTORGADA :

NOME: GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: PROFESSOR
Nº DO RG: 181863 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 14.09.2017
Nº CPF: 690.216.512-00
ENDEREÇO: AV: ABRAÃO FELIX LIMA, 887 - JARDIM TROPICAL

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



BOA VISTA-RR, 13 de MARÇO de 2018.

Isaias Ribeiro Medrado
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



CARTÓRIO LOUREIRO
DR. JOZIEL LOUREIRO - TABELIÃO E REGISTRADOR
AVENIDA VILLE ROY, Nº 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR
TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

RECONHECO VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
[5vqi0800]-ISAIAS RIBEIRO MEDRADO
AGS Em testemunho da verdade. Boa Vista, 13/03/2018
Enrol: 2.40, FUNDEJURR: 0.24, FISCALIZAÇÃO: 0.12, FECON: 0.12, ISS: 0.12
Selo: REC FIR 158345F56U85SRMWN6TH96
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
EDI SEVERINO DE SOUSA JUNIOR - TABELIÃO SUBSTITUTO

Edi Severino de Sousa Junior
Tabelião Substituto
Cartório Loureiro

