

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 PERFORANTE 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
Vítima: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

Cidade: Boa Vista
Data do acidente: 09/01/2018

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

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

Descrição do exame APRESENTA CICATRIZ LINEAR EM CÓRNEA DO OLHO ESQUERDO COM DÉFICIT VISUAL À ESQUERDA.
médico pericial: 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, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO OLHO ESQUERDO EM GRAU INTENSO.

Médico examinador: FRANCISCO FERREIRA DE FARIA 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**
Vitima: **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

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

771.758.672-04

Nome completo da vítima

ISAIAS RIBEIRO MEDRADA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	ISAIAS RIBEIRO MEDRADA	CPF titular da conta	771-758-672-04	Profissão	MOTORISTA
Endereço	RUA: CARMELO, 599 - DR SILVIO BOTELHO	Número	599	Complemento	
Bairro	Dr Silvio Botelho	Cidade	BOA VISTA	Estado	RR
Email					Telefone (DDD)

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.		
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	104		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3027	001	31825	0
(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

07 JUN. 2018

Isaías Ribeiro Medrada

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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

ENDERÉSCO: 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 N° REG. CNH: 03004474901

NOME DO PAI: JOCENIAS ALMIEIDAS 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

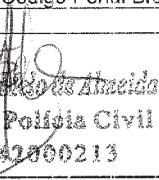
Comunicante

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-denúncia caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."


DAT

22 MAR 2018

**AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR**


Maria de Oliveira Almeida
Agente de Polícia Civil
Mat. 040800213

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 N° 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 N° 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 vitima. É o registro.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

JORGE FERNANDO PAIVA FIGUEIREDO
AGENTE DE POLICIA

MAT: 42000787

2018

GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ
COMUNICANTE

"O comunicante declara para os devidos fins, de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas é ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúncia 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

791.158.692-0909.01.2018

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo da 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:

Assinalei 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.

SABEMI SEGURADORA S/A

BOA VISTA, 26 de MARÇO de 2018

Local e Data

07 JUN. 2018

Ticiano Ribeiro Medrado

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 EXTENO	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

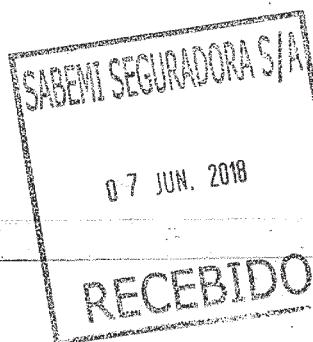
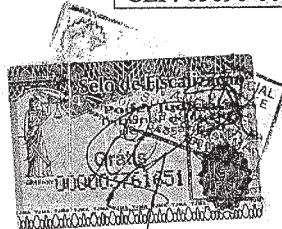
AVÓS
PATERNOS: Salustiano Ferreira Medrado e Maria Júlia da Conceição Medrado.
MATERNOS: Domingos Ribeiro da Silva e Aldete Ribeiro da Silva.

GÊMEO	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

DATA DO REGISTRO POR EXTENO	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 avôs 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 fé. Colinas-MA, 06 de Agosto de 2012. EDSON ANDRADE 2º Escrivente Substituto FATIGUEIRO HENRIQUE DA FONTE 2º Ofício EDSON ANDRADE Trav. São Luis, Centro Colinas - MA, Fone: (99) 3542-1680
---	---



RECEBIDO

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

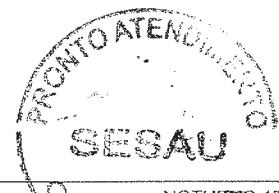
ATO DECLARATÓRIO

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				
ISAIAS RIBEIRO DA SILVA		17/10/1984	33 A 2 M 23 D					
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDADE	223041	SSP / RR		M		SEM		
Mãe				Pai	INFORMAÇÃO		Contato	
MARIA RIBEIRO DA SILVA								
Endereço								Ocupação
- RUA CARMELO - 599 -								NÃO INFORMADA
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira			Validado	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	() Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue							

ACIDONE DE MANSINHO

Anamnese de Enfermagem
Corpo estranho em olho esquerdo.

GSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 21:22 h)

ENTRADA DE CORPO ESTRANHO "PESSOAS DEFESA"
EM OLHO () HORA DE TARDIA. MUSICA. SE DÉ
DOR + FEVEREIRO TUMPA

Exame Físico

ÁCIDONE V. LAR. + EPIFORA

Hipótese Diagnóstica

TISSUTA Ocular

SADT - Exames Complementares

() RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:

PREScrição

APRAZAMENTO

07 JUN, 2018

RECEBIDO

DIPIRONA 1g + 10% (EN)

CONFERE COM ORIGINAL

Em 01/03/18

Ass.:

*Peucio Luciano V. de Farias
Gerente de Núcleo do SAMU/Funambulismo*

Foto nº 02212018

Conduta

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

- () Ambulatório
- () Observação (Até 24h)
- () Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

Visto

óbito

Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não

Destino: () Família

() IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

UVE / PCS

Impresso por: kella.silva
Data Hora: 09/01/2018 21:19:54



**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 SILVAR. 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

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

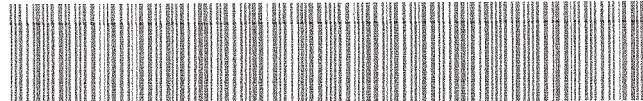
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836200000021.101000750006.000000000356.399003180052



SABEMI SEGURADORA S/A

07 JUN. 2018

RECEBIDO



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 B-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 10.433 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2018	06/04/2018	586	418,72

GILVAN NASCIMENTO SANTOS
AV ABRAHÃO FELIX LIMA 887 JARDIM TROPICAL
CPF: 00069021651220
CEP: 69.314-570 - BOA VISTA ROT: 31.001.27.19.903400

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 18112	20/03/2018
Anterior: 17526	19/02/2018
Constante de Multiplicação: 1,000	19/04/2018
Consumo Medido: 586	Emissão: 19/03/2018
Consumo Faturado: 586	Apresentação: 20/03/2018

NORMAL

29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posse	Código Faz.	Másc 12 meses
RESIDENCIAL BI		2804669	M 1516735	1.1.1.2	405

HISTÓRICO KWH		DESCRICAÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	586 A R\$ 0,570386 = 334,24
FEV/18	1318	CORR MONETARIA TCD (IGPM) 8/1	1,43
JAN/18	272	PARCELAMENTO DE DEBITOS 8/12	64,18
DEZ/17	716	ILUMINACAO PUBLICA	18,87
NOV/17	760		
OUT/17	749		
SET/17	639		
AGO/17	408		
JUL/17	0		
JUN/17	0		
MAI/17	0		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
8 a 586 - 8.458770			

MENSAGENS IMPORTANTES/REVISÃO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita à 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

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JUN. 2018

RECEBIDO

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA FISCAL		IMPOSTOS E TRIBUTOS	
	100,38		334,24
Distribuição:	160,60	Base de Cálculo:	17,00%
Energia:	0,00	Aliquota ICMS:	56,82
Transmissão:	6,69	Valor do ICMS:	1,84
Encargos:	66,57	Valor do PIS:	7,91
Tributos:		Valor do COFINS:	

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

01/2018 0,00

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0108786-0	418,72
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
03/2018	06/04/2018

Nº da Nota Fiscal:

000445079

FCAM

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

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 690.216.512-120, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ISAIAS RIBEIRO MEDRADA inscrito (a) no CPF sob o Nº 771.758.672-09, do sinistro de DPVAT cobertura POR INVALIDEZ da Vítima ISAIAS RIBEIRO MEDRADA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 771.758.672-09, 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	Número	Complemento	
<u>AVI ABRAÃO FÉLIX Lima</u>	<u>887</u>		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>JARDIM TROPICAL</u>	<u>BOA VISTA</u>	<u>RR</u>	<u>69314-510</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>gilvanoficial@hotmail.com</u>		<u>(95) 99159-9032</u>	

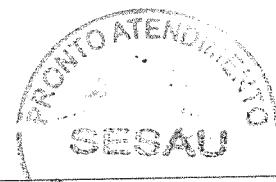
BOA VISTA-RR, 26 de MARÇO de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante

<u>07 JUN. 2018</u>
RECEBIDO

LARANJA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
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	GPE	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	Naturalidade
IDENTIDADE	223041	SSP/ RR		M		SEM	NACIONAL
Mae				Pai		INFORMAÇÃO	BRASIL
MARIA RIBEIRO DA SILVA						Contato	
Endereço						Ocupação	NÃO INFORMADA
- RUA CARMELO - 599 --							
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 TRANSMISSÃO

Anamnese de Enfermagem Corpo estranho em olho esquerdo.	GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL
--	---------------------------------------	-------

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 21:22 h)

ENTRADA DE CORPO ESTRANHO "pedaço de fósforo"
em olho (L) Hora de Tardes, QUEDA X 3 = 0 =

Exame Físico

Dor + FESTA TUMPA

Hipótese Diagnóstica

SABEMI SEGURADORA S.A

07 JUN. 2018

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS

PRESCRIÇÃO

DIPIRONA 1g tds (IV)

APRAZAMENTO

RECEBIDO

OBSERVAÇÃO

CONFERE COM ORIGINAL

Em 01/03/18

Ass.:

FONCIONARIO DE ATENDIMENTO
Gerente do Núcleo de SERVIÇOS
Port. n° 029/2018

Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revelia
- Transferência para:

- Ambulatório
- Observação (Até 24h)
- Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / / /

Óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim NãoDestino: Família IMI Anatomia Patológica

Visto
2018/01/09
UNES/PCS

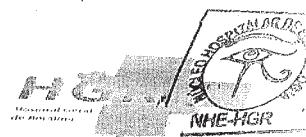
Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



EDUARDO

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



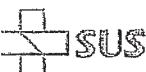
09/01/2018 21:59:32

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 Documento IDENTIDADE 223041		Órgão Emissor SSP/ RR	Sexo M	Estado Civil SOLTEIRO(A)	Raça/Cor BRASILEIRA	Naturalidade BOA VISTA - RR
Mãe MARIA RIBEIRO DA SILVA		Pai INFORMAÇÃO	NC	Contato		
Endereço RUA - CARMELO - 599 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR		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	Pressão
Setor PRONTO ATENDIMENTO	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.				160 x 120
Queixa Principal CORPO ESTRANHO NO OLHO		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem NEGA DM, HAS E ALERGIAS		GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 TOTAL				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : :) Acidente com fratura ou luxação do olho direito Alergia a ferro em olho esquerdo Edema de pálpebra, vermelhidão de olhos Lentigo corneal						
Exame Físico						
Hipótese Diagnóstica						
SADT - Exames Complementares						
<input type="checkbox"/> RAIOS-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		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA AV. BRIG. EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO - RO - 66201-000				
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
1) Lesteolito anestésico 2) Dexomedetomidina 1mg (1%) Seringa 3) Tiotropio 40mcg (1%) 4) Captorol 50mcg (1%)				08 MAR. 2018 Certifico que o(a) paciente é portador(a) de copia da carteira de identidade original que foi apresentada neste Hospital		
Conduta						
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: Oftalmologista		<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: 16/01/2018 16:00				
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 Impresso por: hevelin.enfermeira Data Hora: 09/01/2018 22:01:31				
		Carimbo e Assinatura do Médico RECEBIDO Bobin Rivero Villanueva OFICIAL LOGISTA 09/01/2018				
		 1800592201				



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

HGR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR

4 - CNES

— IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE —

5 - NOME DO PACIENTE

José V. Bento M. Soárez

6 - N° 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. Paeo Nobre M. Soárez

11 - FONE DE CONTATO

ddd 11 / fone 9100-0000

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Formoso 599, Bairro Sílvio Botelho

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bonfim

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

33000-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

- Fissura perineal centro do perineo
- Sintol compressão rectal, CS MSI

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS modas



08 MAR. 2010

*Este é o dia oficial de internação
que é dia 08 de Março, S/N
Assinatura de Dr. Roberto Ribeiro
Médico que atende ao paciente
e que está devidamente credenciado
no Conselho Regional de Medicina
do Estado de São Paulo neste Hospital*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Bem-vinda (AE)

RECEBIDO

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Acne agudo AL cervos.

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

- CONSULTA

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

61213151124512916

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Nônia Nogueira Velloso

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

20/01/2010

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

*Dr. Roberto Ribeiro
Médico
CETAFILOGOLOGISTA
CRM-SP 017 Ribeiro*

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - BÉRIE

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 - N° ÓRGÃO EMISOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

040 5050305

BPA

47 - DATA DE AUTORIZAÇÃO / DT. ENTRADA/FURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

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

187 - 2018

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Acúmulo de cítria

SABEMI SEGURADORA S/A

CLASSIFICAÇÃO TERAPÉUTICA: 501m

07 JUN. 2018

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Acúmulo de cítria

RECEBIDO

CIRURGIÃO: Dra. Roger Alves

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

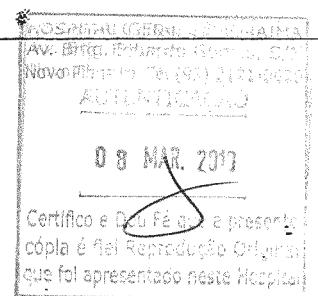
INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Aspirou, Antesopar, Antesobr, Ofisobr



- Cirurgia oftálmica

- Colocou-se Bloco de oftálmico

- Refato com novo sobreco

- Sutura de cítria com nylon 10-0

- Rollas de SI de silicone

- Colocou com fios de sutura de silikon

DR. Robin Rivero Vilchez
OFITALMOLOGISTA
CONRR-917-RCE-11



GOVERNO DO ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL
Kaiuá Estai Patimó, 1 - Centro - 95000-000

FICHA DE ANESTESIA

Ivans Ribera do Salvo,

30/03/18

PRÉ-MEDICAÇÃO DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

Emergências

AGENTES	N 20	15 30 45			15 30 45			15 30 45			15 30 45		
		02											
LÍQUIDOS VENOSOS	A P Y	M S E	SF	500									
DA X	240												
ULSO Q	38 220												
ANES X	36 200												
OP O	32 160												
TCPM	30 140												
ASPIR. A	120												
RESP	100												
	80												
	60												
	40												
	20												
	Exponl												
	Assist												
	Contro												
SÍMBOLOS													

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Fentanil 80mcg		Sedocao Venosa	x- monitorizações (ECG, SpO ₂ , ECG, PA NT)
B Midazolam 4mg		- Ventilação espontânea	
C		CN ₂ 100% dL/min	
D			5- Sedocao venosa com agentes A e B
E			2- A S RPA
F			
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Naso / Oro Faringeal Naso / Omofarinal - Cega Bol - Tamp - Calibre do Tubo Sob Máscara	
HDCB		Dificuldade Técnica	
SANGUE			
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL	500 ml		

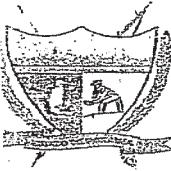
OPERAÇÃO	Laringo - Espasmo - Excesso Secreto	Hemorragia - Arterial
Sutura de Corneo	Respiração Regurgitante - Hipert.	Bradítecardia - Choque
	"Bucking" - Vômito	

ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIAO	P.E. DA SANGUINEA
Dra Ana Paula Thomé		Dr Robin	IGARAJÉ SEGURADORA S.A.

Dra. Ana Paula Thomé
Médica Anestesiologista
CRM-RS 1408

07 JUN. 2018

RECEBIDO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	Jelach 38	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Izairas Ribeiro da Silva	Pur			30 / 01 / 2018

CIRURGIA

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

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	Dr. Robin	ANESTESISTA:	Dr. Anna Paula
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:	D. Flávia
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	
CIRCULANTE			Ovanda Rafaelle
TIPO DE ANESTESIA: Seclagau + Bloqueu Peribulbar			TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLN°	
7	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON N° 30:0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
	-LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LÂMINA BISTURIN°			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA05 ML			KIT CATARATAN°	
1	SERINGA 10ML			Agulhas e sutiãos	
	SERINGA20ML		1	Cateteres	
1	Gletrodos			SML nova barra S/ N.º	
<input checked="" type="checkbox"/>	Cateteros				

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
		MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB- TOTAL	TAXA DE SALA	
				TAXA DE ANESTESIA	
					SOMA

FUNCIONÁRIO/CALCULOS

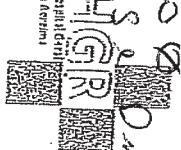
CIRCULANTE DE SALA

Ovanda
Rafaelle

ADM JENI ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

07 JUN. 2018

RECEBIDO



SAII - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

CENTRO CIRÚRGICO/SERPA

NAME: Dario Ribeiro da Silva

DADOS PRE-OPERATÓRIO							
Data: 30.01.2018							
Nº Reg. 33							
Chegada: 11:30h Peso: 60kg Internação: 11:30h							
Surg. Proposta: <input checked="" type="checkbox"/> Cervical							
Surg. Realizada: <input checked="" type="checkbox"/> Suturas + Cervical							
Entrada na Sala	Ínicio da Surg. Anestesia	Termino da Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	SRPA	
11:30	11:25	11:15					
Informações: Retorno: <input checked="" type="checkbox"/> Pre-mesálico Ajetos: Interno Banco: <input checked="" type="checkbox"/> Sangue Alérgico: <input checked="" type="checkbox"/> Carboplatin Tratamento: <input checked="" type="checkbox"/> Avançado Outros: _____							
Outros: SG a 10%: <input checked="" type="checkbox"/> Dose: <input checked="" type="checkbox"/> CH: <input checked="" type="checkbox"/> Plasma: <input checked="" type="checkbox"/> Hidratante: <input checked="" type="checkbox"/> Infundida Terapia: <input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico: <input checked="" type="checkbox"/> Dantrolen: <input checked="" type="checkbox"/> Hemicrânios: <input checked="" type="checkbox"/> Hemodiluidados: <input checked="" type="checkbox"/>							
Nº de compressas oferecidas: <input checked="" type="checkbox"/> 100% Sinais Vitais: SAT: <input checked="" type="checkbox"/> 94% P: <input checked="" type="checkbox"/> bpm R: <input checked="" type="checkbox"/> bpm FC: <input checked="" type="checkbox"/> bpm PA: <input checked="" type="checkbox"/> mmHg							
Eletrodo na SOI: <input checked="" type="checkbox"/> HC <input checked="" type="checkbox"/> HB <input checked="" type="checkbox"/> Hemograma <input checked="" type="checkbox"/> Ralo X Outros: _____							
Curativos: 1. Sonda: <input checked="" type="checkbox"/> Endotraqueal: <input checked="" type="checkbox"/> Não 2. Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Irregular: <input checked="" type="checkbox"/> Sim 3. Dreno: <input checked="" type="checkbox"/> Cultura: <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <input checked="" type="checkbox"/>							
Acesso Venoso: 5. Outros: _____							
BV HV Entradas Síntesis Saída 2. Oxímetro <input checked="" type="checkbox"/> CH SNG Dreno Dureza SNG Outros 3. PVC <input checked="" type="checkbox"/> 4. Placa de Blisturi <input checked="" type="checkbox"/> 5. Injeção <input checked="" type="checkbox"/> 6. Cateter: <input checked="" type="checkbox"/> Drenagem <input checked="" type="checkbox"/> Veneclise <input checked="" type="checkbox"/> 7. Venoclise <input checked="" type="checkbox"/> 8. Dreno <input checked="" type="checkbox"/> 9. SNG <input checked="" type="checkbox"/> 10. Falha de Smarch <input checked="" type="checkbox"/> 11. Outros: _____							
Balango Hidráulico							
Destino: <input checked="" type="checkbox"/> UTI <input checked="" type="checkbox"/> Outros: Assist.: _____							
Entrada: _____ Saída: _____							



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

MISSOURI
STATE
FOREST

DR. H. J. M. Eichmann
JÖREN-RR 509.886

PRESCRIÇÃO DIÁRIA



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL SÉRIAL DE RORAIMA

Evolução Interdisciplinar

TA
RA

Evolução

Relatório - Muito submeteu a constrição a sua pupila

Dr. Robin Rivero Villena
OFTALMOLOGISTA
CRMRR-917 ROE-11

(6:30) - Pupila sem alteração

Re:obre seu, CA ampliada ao Dr. Souza

Coleta regular

Aberto a medicação

Dr. Robin Rivero Villena
OFTALMOLOGISTA
CRMRR-917 ROE-11

CARENTE SEGUROADORA S/A

07 JUN. 2018

RECEBIDO

INSTITUTO CERVO DE HOSPITAL
Av. Brig. Edmundo Góes, 570
Alvorada - CEP 69010-000
A. C. R. F. 100-00000000
08 MAR. 2018
Certifico e que Foi feita a previsão cópia e no Seguro Adesão que cui foi apresentado neste Hospital

ASSINATURA:



INSS
DDPAT



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

NOME: Josias Nicanor Siles

Socorro:

- Ambulatório

SABEMI SECURADORA S/A

07 JUN. 2018

RECEBIDO

Tutoria, Piscata ou Acertamento

26/02/2018

0900

De Robin

DATA: 02/05/2018

Dr. Robin Rivera Villanueva
OFTALMOLOGISTA
CRMRR-547 ROE-11

ASSINATURA E CARIMBO



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

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JUN. 2018

Ectoscopia: SEM ALTERAÇÕES EM AMBOS OLHOS

Motricidade ocular extrinseca: PRESERVADA EM AMBOS OLHOS

RECEBIDO

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

- VISION SUBNORMAL CID10-H54.5

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes – 1965, São Francisco
CEP: 69305-005

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

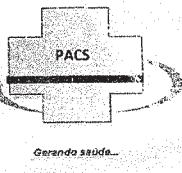
Dr. Robin Rivero Villanueva
OFTALMOLOGISTA
CRMRR-917 ROE-11





EMERGÊNCIA

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



RECEITUÁRIO

NOME: ISAIAS RIBEIRO DA SILVA

HPC | PAR

Paciente vítima de tentativa de suicídio
de fome em outo () "HISTÓRICO =
PARTE" QUIXA-SE DE DIA 4
EPÍFORA, VÍSSO TURVA.

EF: Nota-se lesão tóxica cutânea
coronal, epifora persistente,
+ Avisão VISA

OBS: HPCs s/ anestésico oficinais
GIC

CS: Sintomas: AVIAÇÃO = conduta

Grav

Richard Lima
CRM 1476 - MEC

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: 09/01/18



CARTÃO SECURITÁRIO

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**

DATA DE NASCIMENTO: **17/10/1984**

771.758.672-04

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perto da Segurança Pública Civil
Diretor do IBC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P7



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **181863**

DATA DE EXPEDIÇÃO 14/09/2017

NOME **GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ**

RESIDÊNCIA
JOCENIAS ALMEIDAS SANTOS
MARIA NASCIMENTO SANTOS

NATURALIDADE
VITORINO FREIRE - MA

DATA DE NASCIMENTO
03/05/1981

DOC. ORIGEM
CERTD CAS 6373 FLS 73 LIV B-22
2 OF BOA VISTA - RR

CPF
690.216.512-20

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópista da Polícia Civil
Dirigente do IOC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P7

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JUN. 2018

RECEBIDO

**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 PERFURANTE 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. PERCIANDO 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) Nexo 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 transito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás 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

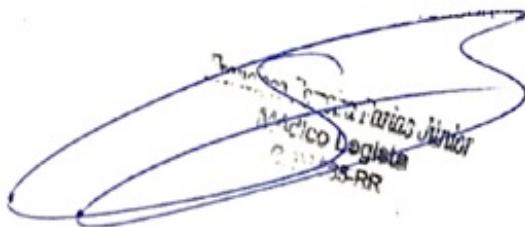
Região Corporal (Sequela):

% 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 PERFORANTE 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:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180262359
Vítima: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

Cidade: Boa Vista
Data do acidente: 09/01/2018

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

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

Descrição do exame APRESENTA CICATRIZ LINEAR EM CÓRNEA DO OLHO ESQUERDO COM DÉFICIT VISUAL À ESQUERDA.
médico pericial: 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, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO OLHO ESQUERDO EM GRAU INTENSO.

Médico examinador: FRANCISCO FERREIRA DE FARIA 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: ISAÍS RIBEIRO MEDRADO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: MOTORISTA
Nº DO RG: 2230411 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 21.02.2018
Nº CPF: 771.758.672-04
ENDEREÇO: RUA: CARMÉLO, 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.

Joziel Ribeiro Medrado
Assinatura



Obs – Reconhecimento por autenticidade.

07 JUN. 2018



CARTÓRIO LOUREIRO

DR. JOZIEL LOUREIRO - TABELIÃO E REGISTRADOR
AVENIDA VILLE ROY, N° 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR
TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.FR



RECONHECO VERDADEIRA a(s)assinatura(s)
[5Vq10e00] - ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

AGS Em testemunho _____ da verdade. Boa Vista, 13/03/2018
Endr: 2,40, FUNDEJUR: 0,24, FISCALIZAÇÃO: 0,12, FECON: 0,12, ISS: 0,12
Selos: RECFIR: 158345F56U85SRMWN6TH96
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
EDI SEVERINO DE SOUSA JUNIOR-TABELIÃO SUBSTITUTO

Severino de Sousa Junior
Tabelião Substituto
Cartório Loureiro

RECEBIDO