

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **LEILSON DOS SANTOS RIBEIRO**

Nº Sinistro: **3180406040**

Vítima: **LEILSON DOS SANTOS RIBEIRO**

Data do Acidente: **08/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DENILZE CORREA DANTAS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180406040**.

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 13323931



Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **LEILSON DOS SANTOS RIBEIRO**

Sinistro: **3180406040**  
Vítima: **LEILSON DOS SANTOS RIBEIRO**  
Data do Acidente: **08/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **DENILZE CORREA DANTAS**

**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 3180406040** 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](http://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**

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 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

046.190.702-03

Nome completo da vítima

Paulson dos Santos Ribeiro

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Paulson dos Santos Ribeiro	CPF titular da conta 046.190.702-03	Profissão Autônomo
Assinatura R. Francisco Sales Vieira	Número 1622	Complemento
Cidade Equatorial	Estado RR	CEP 69.317-336
E-mail liderboavista.pendencia@hotmail.com		Telefone (DDD) (95)99117-5392

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"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
AGENCIA NRO. (Informar dígito se existir)	DIV. (Informar dígito se existir)	BANCO Nome Maduroco	NRO. 237
AGENCIA NRO. 2084	DIV. (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 15213	DIV. 7

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, RR, 30 de Julho de 2018  
Local e Data

Paulson dos Santos Ribeiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

31 AGO 2018

RECEBIDO

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 410/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 27/07/2018.

COMUNICANTE: LEILSON DOS SANTOS RIBEIRO

RG:438505-5 EXP.: SSP/RR CPF: 046.190.702-03

ENDEREÇO: RUA FRANCISCO SALES VIEIRA Nº 1622 BAIRRO: EQUATORIAL

CIDADE: BOA VISTA

SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: AUTONOMO NATURALIDADE: PAULO RAMOS ESTADO: MA

DATA DE NASCIMENTO: 30/10/1998 IDADE:19 ANOS

GRAU DE INST: ENSINO MÉDIO COMPLETO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

TELEFONE (095) 99154-9597 Nº REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI: LEVY MACHADO RIBEIRO

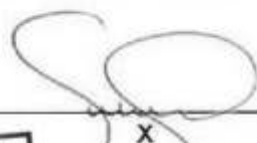
NOME DA MÃE: REJACILDA ALVES DOS SANTOS

Senhor Delegado venho comunicar que aproximadamente às 07:38 do dia, 08/04/2018, NA AVENIDA SOLON RODRIGUES PESSOA, BAIRRO PINTOLÂNDIA, NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA.

O comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que no Dia, hora e LOCAL acima citados, conduzia **UMA MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE, MODELO HONDA/CG 160 TITAN, PLACA NAZ-2707, COR AZUL, CHASSI 9C2KC2210JR001988, RENAVAM 01128652177**; Quando trafegava na via citada acima quando um veículo de dados desconhecidos pelo comunicante (vitima), invadiu a preferencial do mesmo, ocasionando o acidente. Uma EQUIPE DO SAMU foi acionada e encaminhou o mesmo ao TRAUMA DO HGR; Que devido ao acidente o mesmo teve fratura no MAXILAR E NO FÊMUR. QUE ESTE B.O é para fins de SEGURO DPVAT.

É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA

  
X

Agente de Polícia

  
X

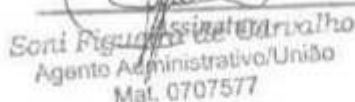
Comunicante

SABEMI SEGURADORA S/A

31 AGO 2018

RECEBIDO

DAT  
Confere com original  
Data: 27/07/18

  
Soni Figueiredo de Carvalho  
Agente Administrativo/União  
Mat. 0707577

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

DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO  
Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro  
Boa Vista - Roraima - Brasil

DAT

31 JUL 2018

AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR

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

Ribeiro dos Santos Ribeiro

CPF da Vítima

046.190.702-03

Data do Acidente

08.04.2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

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.

SABEMI SEGURADORA S/A

31 AGO 2018

RECEBIDO

Mãe Vítima 30 de Julho de 2018  
Local e Data

Ribeiro dos Santos Ribeiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





## FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: 1501 Equipe: Celso / Gerli / Tommy  
 Paciente: Wesley dos Santos Ribeiro Idade: 19 Sexo: M  
 Endereço: Rua Salom Rodrigues Pessoa / 517 Ponto de partida Via Pública

CHAMADA

Nº 6074 DATA 08/04/18 HORA 06:33  
 Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Erico 0/10 = 06:42  
 MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO 110 = 7h

## MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	MOTO:	VIOLÊNCIA	OUTROS
Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> FAS	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajetória
Vítima <input type="checkbox"/> projetada	<input type="checkbox"/> Carona	<input type="checkbox"/> PAF	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____
<input type="checkbox"/> encarcerada	Capacete <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstico
Air Bag: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> queda	<input type="checkbox"/> Violência Doméstica	<input type="checkbox"/> Queimadura Agente
Motorista: <input type="checkbox"/> dianteiro	<input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Agressão p/ animal
Passageiro: <input type="checkbox"/> dianteiro	<input checked="" type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> traseiro	BICICLETA:	<input type="checkbox"/> Outros: _____	
<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Condutor		
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Carona		
<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> queda		
	<input type="checkbox"/> Atropelamento		
	<input type="checkbox"/> Colisão		

## AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> AVDN
<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> M.V. Ausente	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Hipertimpanismo	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Reso. Ruidosa	<input type="checkbox"/> Maciez	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Anisocoria
<input type="checkbox"/> Obstruída	<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Otorreia
<input type="checkbox"/> Apnéia			<input type="checkbox"/> Otorrágica
<input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>SIA</u>		<u>SIA</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Apuramento alcoólico
			<input type="checkbox"/> DNV

## SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início <u>06:50</u>	<u>73</u>	<u>98</u>						
Fim <u>07:00</u>	<u>74</u>	<u>98</u>						

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoco	Tórax	Abdome
<input checked="" type="checkbox"/> Condição	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input checked="" type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Torax instável	<input type="checkbox"/> Distendido
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Erythema
<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input checked="" type="checkbox"/> Ferimento de mandíbula	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia	<input type="checkbox"/> Tampouco	<input type="checkbox"/> Polono
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Fer. Penetrante		<input type="checkbox"/> Enfimacia Sub-Cutânea		<input type="checkbox"/> Escoriação
<input type="checkbox"/> Cianótica					

Pelve	Coluna Dorsal	Membros
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Instabilidade		<input type="checkbox"/> Luxações

AVALIAÇÃO CARDIACA	AFEÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Cardiopatia
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> HAS
<input type="checkbox"/> Filiter	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Medicação de uso
	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	
	<input type="checkbox"/> Alergia	

GRAVIDADE COMPROVADA	LESÃO	PEQUENA MORTE	INTERMEDIÁRIA	OUTRO
<input type="checkbox"/> ILESO	<input type="checkbox"/> SEVERA	<input type="checkbox"/> MORTE	<input checked="" type="checkbox"/> INTERMEDIÁRIA	<input type="checkbox"/> OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTE

☐ Cancelamento  
☐ Recusa de Atendimento  
☐ Não se encontrava no local  
☐ Recusa de hospitalização  
☐ Trote  
☐ Bombeiro no local:

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

☒ Polícia Militar  
☐ Guarda Municipal  
☐ SMTRAN  
☐ Bombeiros  
☐ Outros: BRavo II

SABEMI SEGURADORA S/A

31 AGO 2018

RCP

☐ Iniciada as: \_\_\_\_\_ ☐ Término as: \_\_\_\_\_  
☐ RCP com sucesso  
☐ RCP sem sucesso  
☐ Obs.: \_\_\_\_\_

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

RECEBIDO

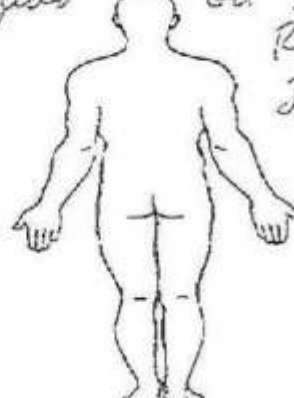
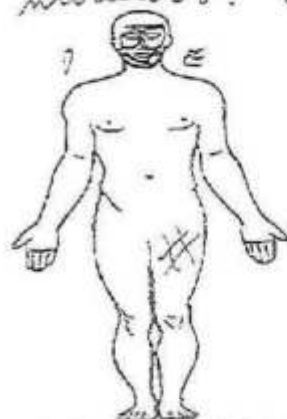
DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coroner Morte	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HCSCA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros
	CONFERE COM O ORIGINAL EM 06/07/18 [Assinatura]	

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição: R\$ 40,00 + Documentos pessoais / CNH + RG, CPF, Foto, Carteira de Trabalho
	Nome do Receptor: <u>Regiane Alves da Silva</u> TIO
	Função do Receptor: <u>Autônomo</u>
	Assinatura do Receptor: _____
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

# Paciente Gravoso 02<sup>as</sup> Gestas muito a muito. Encontra-se recusada e com calcanhar unido, com prancha rígida, completamente imobilizado dentro da moto de trânsito. Paciente aparentemente está desidratado, Glasgow 13. Apresenta fratura em tíbia e múltiplas escoriações em MS D e E. Também tem uma laceração em região frontal.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Alerta	Adulto		Menores de 5 anos	Esca's	Frequência Respiratória (nº/min)		
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4		10 - 24	4
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 36	2
Resposta	Não abre os olhos	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	Pressão Sístola (mmHg)	01 - 09	1
	Orientado	Sabedoria	Sabedoria	5		0	0
	Confuso	Choro limitado	Choro limitado	4		≥ 90	4
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	Choro a dor	3		70 - 89	3
Movimento	Sussurros ou gemidos	Cemida a dor	Cemida a dor	2	Escore de Glasgow	50 - 59	2
	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	1		01 - 49	1
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	Movimentos espontâneos	6		0	0
	Localiza a dor	Retira do toque	Retira do toque	5		14 a 15	5
Reflexo	Flexão normal	Retira a dor	Retira a dor	4		11 a 13	4
	Flexão anormal	Flexão normal	Flexão normal	3		8 a 10	3
	Extensão a dor	Flexão anormal	Flexão anormal	2		5 a 7	2
	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	1		3 a 4	1
ESCALA DE GLASGOW				13	ESCORE DO TRAUMA		

(~~Exame de face~~) Também apresenta um trauma facial e/ou trauma de mandíbula e (~~exame~~) hematoma periorbita bilateral além de fovea e edema. Apresenta quadro de TCE grau moderado. Condições de 60% de intercorrências. Realizado sup e/ou 348 em MS(E), R2 500ml IV, Dexametasona na sang IV e morfina 10mg (SC).



Dr. Celso Wanderley Jr.  
MÉDICO  
CRM-RR 1580

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____		
Perda de líquido: _____	BCF: _____		
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão			

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

26/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

3.375,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEILSON DOS SANTOS RIBEIRO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02084-2

CONTA: 000000015213-7

Nr. Autenticação

BRDESCO2609201805000000000023702084000000015213337500 PAGO





# Eletrobras

## Distribuição Roraima

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0074994-0

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ené Gercosz, 881 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-8  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 8-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 369/13

Nº da Nota Fiscal

000541426

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

CONTAS MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2018	11/05/2018	785	577,82

SOLITA ALVES DOS SANTOS

R. FRANCISCO SALES VIEIRA 1622 EQUATORIAL

CPF: 00073532525372

CEP: 69.317-336 - BOA VISTA

ROT: 30.001.21.09.0281110

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	32479	Atual:	09/04/2018
Anterior:	31694	Anterior:	09/05/2017
Constante de Multiplicação:	785	Próxima Leitura:	06/04/2018
Consumo Medido:	785	Emissor:	32
Consumo Faturado:	NORMAL	Apresentador:	

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
------------------	---------	----------------	-------	-------------	----------------

MAR/18	773	CONSUMO	785 A R\$ 0,558811 =	438,60
FEV/18	773	CORREÇÃO MONETÁRIA 01/18-00		5,14
JAN/18	790	MULTA POR ATRASO DE I 01/18-00		0,74
DEZ/17	818	JUROS DE MORA POR ATR 01/18-00		0,21
NOV/17	777	MULTA POR ATRASO 01/18-00		10,48
OUT/17	614	PARCELAMENTO DE DEBITOS 6/7		95,11
SET/17	559	JUROS DE MORA DE IMPO 01/18-00		4,30
AGO/17	478	ILUMINACAO PUBLICA		25,11
JUL/17	487			
JUN/17	518			

SABEMI SEGURADORA S/A

31 AGO 2018

RECEBIDO

**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: 1158791

**HECTOR JOSE LOBA TON PADRON**

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2732 ,

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 196991	MÊS 07/2018	PERÍODO DE CONSUMO 25-JUN-18 a 25-JUL-18
CONSUMO (kWh) 100	VENCIMENTO 11-AUG-18	TOTAL A PAGAR R\$ 81,64

**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 196991	MÊS 07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 81,64
------------------------	----------------	----------------------------

836100000006.816400750005.000000000190.699107180050



SABEMI SEGURADORA S/A

31 AGO 2018

RECEBIDO

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (ativo 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 SUSEP 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 COAF**.

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

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 nº 9.512/98.

Pelo exposto, eu Denilze Lorrêa Fontes inscrito (a) no CPF 792.657.152, 00  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Belson dos Santos Ribeiro inscrito  
no CPF sob o Nº 046.190.702, 03 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima  
Belson dos Santos Ribeiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.190.702, 03, 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>Av. General Stalide Teve</u>		Número <u>2732</u>	Complemento <u>A</u>
<u>Liberdade</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-000</u>
<u>liderecarvato.pendencia@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 99117-5392</u>

Boa Vista, RR, 22 de Agosto de 2018  
Local e Data

Denilze Lorrêa Fontes  
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A

31 AGO 2018

RECEBIDO

08/04/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

Raquel L. Salazar

Téc. Enfermagem

COREN-RR 001.058.491-TE

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

NHEI/VE  
09.04.18



1800933049	08/04/2018 07:38:10	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		1
Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário		
LEILSON DOS SANTOS RIBEIRO	30/10/1998		19 A 5 M 9 D		04619070203			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	4385055	SSP-RR	25/09/2015	M	SOLTEIRO(A)	PARDA	PAULO RAMOS - MA	BRASILEIRA
Mãe	REJACILDA ALVES DOS SANTOS		Pai		LEVY MACHADO RIBEIRO		Contato	(95) 99150-5749
Endereço	RUA - AFONSO DOS SANTOS PEREIRA - 989 - ALVORADA - BOA VISTA - RR							Ocupação
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:				
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL			MARLY				
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1 204 RV: 1 204 5 MRV: 1 2 3 4 5

TOTAL

9/3

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)

paciente queixou de contusão abdominal  
no G. Pol. trauma agudo

Exame Físico

Edema palpável  
MVA P/LA BNF 20 RCR

Hipótese Diagnóstica

Pol. trauma contusão  
fratura de fêmur

SADT - Exames Complementares

☒ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1. monitorização		
2. analgesia		
3. SF 0,9 1/1000 mL @		
4. Plac. 110mg @		
5. Paracetamol 400mg @		
6. Injeção analgésica		
7. Altopress		

Jesús A. López Aguirre  
Médico  
CRM-RR 566

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Bdg. Eduardo Gomes, S/Nº  
Novo Planalto Tel (95) 3121-0620

AUTENTICAÇÃO

20 SET. 2018

cópia é fiel Reprodução Original

SABEMI SEGURADORA S/A

Conduta

- ☐ Alta por Decisão Médica  
☐ Alta a Pedido  
☐ Alta a Revella  
☐ Transferência para: \_\_\_\_\_

- ☐ 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: marly  
Data Hora: 08/04/2018 07:38:46

31 AGO 2018



1500933049

RECEBIDO

08/04/18

facultade autuado; Apreensão Fraturas  
em Mandíbulo e pequenos lacunos  
em Regiões Frontal  
eucrombura p/ Buro Mandibulo qual  
alta da Ortopedia

Dr. José Carlos  
Dr. Buro Mandibulo  
Cm. 2004.223

O elonho / Metro Unio

7 S-F 96,40 cm

1 Depressão na 6/6

7 CFS

6 Ao CClrino

Jesus A. Lopez Aguirre  
Médico  
CRM-RR 566

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Nova Planalto - PA (95) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO  
20 JUL 2018  
Certifico e dou fé que a presente  
cópia é fiel reprodução Original  
que foi apresentada neste hospital



103-2

**SUS** Unico da Saúde da Saúde **FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: RS

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: RS

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: RS

4 - CNES:       

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: LUZILSON V. L. ALVES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO:       

7 - DATA DE NASCIMENTO: 30/10/98

8 - SEXO: M

9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Rejocida Alves dos Santos

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): R. Alamo dos Santos Pereira, 989 Alverania

11 - TELEFONE DE CONTATO: 915 9191 5151 5171 5171

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: BV

13 - COD. IBGE MUNICÍPIO: RIR

14 - UF:       

15 - CEP:       

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Sobrecarregado, opressão de e debilidade de cor. e g. e.

18 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Pr. Fenon e g. e.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Pr. Fenon e g. e.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Falta Fenon e g. e.

21 - CID 10:       

22 - CID 10:       

23 - CID 10:       

24 - CID 10:       

25 - CID 10:       

26 - CID 10:       

27 - CID 10:       

28 - CID 10:       

29 - CID 10:       

30 - CID 10:       

31 - CID 10:       

32 - CID 10:       

33 - CID 10:       

34 - CID 10:       

35 - CID 10:       

36 - CID 10:       

37 - CID 10:       

38 - CID 10:       

39 - CID 10:       

40 - CID 10:       

41 - CID 10:       

42 - CID 10:       

43 - CID 10:       

44 - CID 10:       

45 - CID 10:       

46 - CID 10:       

47 - CID 10:       

48 - CID 10:       

49 - CID 10:       

50 - CID 10:       

51 - CID 10:       

52 - CID 10:       

53 - CID 10:       

54 - CID 10:       

55 - CID 10:       

56 - CID 10:       

57 - CID 10:       

58 - CID 10:       

59 - CID 10:       

60 - CID 10:       

61 - CID 10:       

62 - CID 10:       

63 - CID 10:       

64 - CID 10:       

65 - CID 10:       

66 - CID 10:       

67 - CID 10:       

68 - CID 10:       

69 - CID 10:       

70 - CID 10:       

71 - CID 10:       

72 - CID 10:       

73 - CID 10:       

74 - CID 10:       

75 - CID 10:       

76 - CID 10:       

77 - CID 10:       

78 - CID 10:       

79 - CID 10:       

80 - CID 10:       

81 - CID 10:       

82 - CID 10:       

83 - CID 10:       

84 - CID 10:       

85 - CID 10:       

86 - CID 10:       

87 - CID 10:       

88 - CID 10:       

89 - CID 10:       

90 - CID 10:       

91 - CID 10:       

92 - CID 10:       

93 - CID 10:       

94 - CID 10:       

95 - CID 10:       

96 - CID 10:       

97 - CID 10:       

98 - CID 10:       

99 - CID 10:       

100 - CID 10:       

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO BIOMÉDICO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:       

26 - CLÍNICA: CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: UNICÊNTRICA

28 - DOCUMENTO:       

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 71159872671711

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: João A. Lopes Aguiar

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 08/01/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):       

33 - ACIDENTE EM TRABALHO:       

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO:       

35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO:       

36 - CNPJ DA SEGURADORA:       

37 - Nº DO BILHETE:       

38 - SÉRIE:       

39 - CNPJ EMPRESA:       

40 - CNIE DA EMPRESA:       

41 - CBOR:       

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:       

43 - EMPREGADO:       

44 - EMPREGADOR:       

45 - AUTÔNOMO:       

46 - DESEMPREGADO:       

47 - APOSENTADO:       

48 - NÃO SEGURADO:       

AUTORIZAÇÃO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:       

50 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:       

51 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 8/1/18

53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):       

54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0308040019

55 - SÉRIE: T068

56 - VÍNCULO: V299

57 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

58 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

59 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

60 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

61 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

62 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

63 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

64 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

65 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

66 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

67 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

68 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

69 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

70 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

71 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

72 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

73 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

74 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

75 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

76 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

77 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

78 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

79 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

80 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

81 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

82 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

83 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

84 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

85 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

86 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

87 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

88 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

89 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

90 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

91 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

92 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

93 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

94 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

95 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

96 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

97 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

98 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

99 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:       

100 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:



08/04/18

## BOLETIN OPERATORIO

Paciente: WILLSONA DAI RAMA RIVERA

Diagnóstico: FRATURA FEMUR CLAVICULA

Procedimiento: FRAC. CIERRE EXTERNO VEC

Cirujano: Dr Javi

Anestesia: Local

### Relato

- Paciente no leido
- Al pie, antepie
- Colocación de anclajes local (clavos)
- en los puntos de unión
- Colocación de los tornillos 3.0
- Trazado X-ray
- Curación

7

Jesus A. Lopez Aguirre  
Médico  
CRM RR 566

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA -  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ



Polegar Direito



ASSINATURA DO TITULAR

*Leilson dos Santos Ribeiro*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 438505-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/09/2015

NOME  
LEILSON DOS SANTOS RIBEIRO

FILIAÇÃO  
LEVY MACHADO RIBEIRO

REJACILDA ALVES DOS SANTOS

NATURALIDADE  
PAULO RANOS - MA

DOC. ORIGEM  
CERTD NASC 36.751 FLS 31 LIV 43-A

PAULO RANOS-MA

CPF 046.190.702-03

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO  
30/10/1998

AMADEU ROCHA TRIANI  
Perito Papiloscópico da Polícia Civil  
Estrator do IIGC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 7

SABEMI SEGURADORA S/A

31 AGO 2018

RECEBIDO

RECEBIDO

[illegible]

**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:	3180406040
Nome do(a) Examinado(a):	LEILSON DOS SANTOS RIBEIRO
Endereço do(a) Examinado(a):	R FRANCISCO SALES VIEIRA 1622 EQUATORIAL
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	046.190.702-03
Data e local do acidente:	08/04/2018-BOA VISTA-RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 20/09/2018

**Resultado da Avaliação Médica**

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

FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO, TCE, FRATURA DE MAXILAR BILATERAL

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

OSTEOSSÍNTESE DE FÊMUR ESQUERDO COM PLACAS E PARAFUSOS, USO DE AINES, ANALGÉSICOS E ANTIBIÓTICOS EVOLUINDO COM CONSOLIDAÇÃO E SEM SEQUELAS FUNCIONAL

TRATAMENTO DE MAXILAR APENAS PALIATIVO E EVOLUINDO COM SEQUELAS FUNCIONAL

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

LIMITAÇÃO PARA ABERTURA DA BOCA, LIMITAÇÃO PARA A MASTIGAÇÃO COMPROMETENDO A DIGESTÃO

**IV) Nexô 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.**

DEFICIT FUNCIONAL CRANIO-FACIAL

**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):** LESAO CRANIO-FACIAL

% do dano: ( ) 10% residual ( X ) 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):**

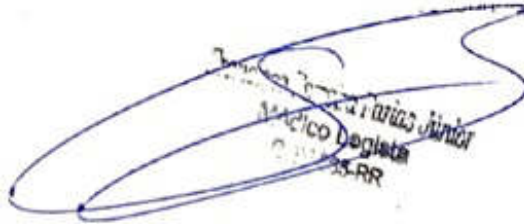
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**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.**

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE FACE EM ANEXO



Francisco Ferreira de Farias Junior  
Médico Legista  
CRM 365 - RR

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

**Carimbo com nome e CRM**

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

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180406040 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LEILSON DOS SANTOS RIBEIRO **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO E TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA BILATERAL DE MAXILAR

**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA DÉFICIT DA ABERTURA BUCAL COM COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO MASTIGATÓRIA. O EXAME NÃO IDENTIFICOU SEQUELAS NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO E TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA BILATERAL DE MAXILAR, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE COM FIXAÇÃO POR PLACAS E PARAFUSOS EM FÊMUR E TRATAMENTO CLÍNICO PARA A FRATURA DE MAXILAR, COMPLEMENTANDO COM TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.

**Sequelae permanentes:** RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

**Sequelae:** Com sequela

**Data da perícia:** 20/09/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECU DEFICIÊNCIA EM ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS EM GRAU LEVE.

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>



**PRESTADOR**

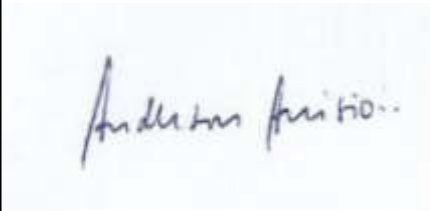
AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

**Médico revisor:** Anderson Anisio

**CRM do médico:** 52.25458-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Leilson dos Santos Ribeiro  
Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: solteiro  
Profissão: estudante  
RG: 436505-5 CPF: 046.190.702-03  
Endereço: Rua Francisco Sales Vieira 1622  
Equatorial.

### OUTORGADO:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS  
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.  
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00  
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2732 BAIRRO: LIBERDADE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Leilson dos Santos Ribeiro

boa vista - rr 22 de agosto 2018

Local e data

SABEMI SEGURADORA S/A

31 AGO 2018

RECEBIDO

Leilson dos Santos Ribeiro

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

