

## Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

**Operação realizada com sucesso. Protocolo:**  
**2980134520210215153525**

### Processo 0801908-81.2021.8.23.0010 - (18 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)
<b>Realces</b>					
<b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b>					
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>					
10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10					
500 por pág.  1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
10	15/02/2021 15:35:25	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		10.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2783562CONTESTACAO01.pdf	Público
		10.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2783562CONTESTACAOAnexo03.pdf	Público
		10.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b>					
9	03/02/2021 15:45:09	(Pelo advogado/curador/defensor de Luiz Clayton dos Santos Rocha) em 03/02/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO (01/02/2021) e ao evento de expedição seq. 7.	Wallyson Barbosa Moura Advogado		
8	03/02/2021 15:44:08	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO</b>	Wallyson Barbosa Moura Advogado		
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b>	Arielly Né de Almeida Analista Judiciária		
7	01/02/2021 10:38:10	Para advogados/curador/defensor de Luiz Clayton dos Santos Rocha com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO (01/02/2021)			
6	01/02/2021 07:54:44	<b>DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO</b>	EDUARDO MESSAGGI DIAS Magistrado		
5	27/01/2021 18:10:14	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ		
4	27/01/2021 18:10:13	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ		
3	27/01/2021 18:10:13	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
2	27/01/2021 18:10:13	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
1	27/01/2021 18:10:13	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Wallyson Barbosa Moura Advogado		

**RORAIMA ENERGIA**  
RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ugo Barreto, 891 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição: 24.007.020-0  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Nôta 0-1  
Número Especial de Impressão autorizado pelo SGPRAZ 368873

Para contato com a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO: **SEU CÓDIGO:**  
**666/249-1**

Nº da Nota Fiscal: **5180678**

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é regulada  
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAT/2020	2020-02-28	232,54	232,54
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA R. OP VI 582 - OPERARIO CEP: 69.316-284 - BOA VISTA			
DADOS DA LEITURA (kWh)		DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual:	25947	13/05/2020	Grupo/Subgrupo: E.1.2.1
Anterior:	25941	14/04/2020	Classificação: RURAL
Dias de consumo:	29	13/05/2020	Ligação: MONO
Constante de Multiplicação:	1.000	12/05/2020	Número Medidor: E2229346
Consumo medido:	406	13/05/2020	Força de Retorno: NORMAL
Consumo faturado:	406		Mobilidade: 1.1489425
DESCRICO DA CONTA			
CONSUMO ILUMINACAO PÚBLICA	406 A R\$ 0,572762	232,54	42,04
OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDIDAS	
TRIF. 30% TRIBUTOS: A 406 - R.463082	Média 12 meses: 281	14/1/19 159	JAN/20 371
		JUN/19 156	FEV/20 338
		JUL/19 158	MAR/20 247
		AGO/19 125	ABR/20 386
		SET/19 118	MAT/20 406
		OUT/19 123	
		NOV/19 93	
		DEZ/19 146	



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
**803.756.773-72 Luiz Clayton dos Santos Rocha**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **Luiz Clayton dos Santos Rocha** 6 - CPF: **803.756.773-72**  
7 - Profissão: **Viajante** 8 - Endereço: **Rua SP VI** 9 - Número: **582** 10 - Complemento:  
11 - Bairro: **Operário** 12 - Cidade: **Bonfim** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.316-284**  
15 - E-mail: **luizclayton483@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(95) 98117-2831**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0653** CONTA: **00118344** (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as perdas 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:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34  
Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, **Boa Vista - RR 21/08/2020**

**Luiz Clayton dos Santos Rocha**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
**POLÍCIA CIVIL**  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIAL ESPECIALIZADA - DPE  
**DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT**  
"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 7920/2020/BOLETIM ON-LINE**

O Sr.

NOME: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA  
RG: 316482596 SSP/CE  
SEXO: MASCULINO  
DATA DE NASCIMENTO: 22/09/1978  
TELEFONE: 95-98117-2831  
ENDERECO: RUA - OP VI, 582  
BAIRRO: OPERÁRIO

O comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corrigar no Boletim de Ocorrência supracitado os Dados do Veículo e nome do Proprietário do Veículo.

- MOTONETA HONDA/CG 160 TITAN EX;
- PLACA NAW - 5057;
- COR PRETA;
- ANO 2017/2017;
- RENAVAM 01124601438;
- CHASSI 9C2KC2210HR511709;
- LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA (PROPRIETÁRIO);

Agente Cadeirário de Polícia Civil  
Givanildo da Silva Vieira  
Matrícula: 042000855

Boa Vista - RR, 18 de Setembro de 2020.

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA  
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA  
Comunicante

Fls: 1  
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00022145/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/08/2020 09:59:55 Data/Hora Fim: 03/08/2020 09:59:55  
Orgem: Órgão: Polícia Judiciária Tipo Documento: WEB (Delegacia Virtual) Nº do Documento: 7920/2020 Data: 01/08/2020  
Delegado de Policia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Núcleo de Inteligência

Data/Hora do Fato: 06/06/2020 17:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Não se aplica

Logradouro: RR 205

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1103: OUTROS FATOS ATÍPICOS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

**Nome Civil: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA (COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 22/09/1978 Idade: 42

Profissão: Repórter

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: CARLA MARIA DOS SANTOS

Naturalidade: Granja - CE

Nome do Pai: ANTONIO LOPES DA ROCHA

Documento(s)

RG: 316482596

CPF: 803.756.773-72

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R OP VI

Nº: 582

Complemento: CASA

Bairro: Operário

CEP: 69.316-284

Email: luizclayton483@gmail.com

Telefone: (95) 99112-7219 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

**Grupo** Veículo

**Subgrupo** Motocicleta/Motoneta

**CPF/CNPJ do Proprietário** 803.756.773-72

**Placa** NAW5057

**Renavam** 01124601438

**Número do Motor** KC22E1H511704

**Número do Chassi** 9C2KC2210HR511709

**Ano/Modelo Fabricação** 2017/2017

**Cor** PRETA

**UF Veiculo** RR

**Municipio Veiculo** Boa Vista

**Marca/Modelo** HONDA/CG 160 TITAN EX

**Veículo Adulterado?** Não

**Situação** Envolvido

**Última Atualização Denatran** 03/10/2019

**Situação do Veículo** RENAINF - ALIENACAO\_FIDUCIARIA\_FILE\_VEICULOS -





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA  
DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR - CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 7920/2020 - Registrado em: 01/08/2020 às 12h 07min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

**LOCAL DO FATO**

Município: ALTO ALEGRE

Logradouro: RR 205

Bairro: CENTRO

Referência:

Complemento:

Data/hora do Fato: 06/06/2020 às 17h 20min

UF: RR

Nº: RR 205 ESTRADA CEP:

Tipo de local:

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA(41), nascido(a) em 22/09/1978, sexo MASCULINO, casado(a), exercendo a profissão de REPOSITOR, CPF Nº 803.756.773-72, País: BRASIL, natural de GRANJA-CE, filho(a) de CARLA MARIA DOSSANTOS e , endereço: RUA OP-VI, cep: 69316-284, Nº: 582, bairro: OPERARIO, BOA VISTA-RR, referência: ÚLTIMA CASA, Telefone: (95) 99112-7219.

**OBJETOS**

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTO	FOI UM ACIDENTE NA BR SENTIDO BOA VISTA ALTO ALEGRE

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: EU VINHA SENTIDO ALTO ALEGRE BOA VISTA, QUANDO UM CONDUTOR VINHA SENTIDO BOA VISTA FEZ UMA ULTRAPASSAGEM NO LUGAR PROIBIDO. PRA MIM NÃO BATER NO OUTRO VEÍCULO TIVE QUE SAIR DA BR SENTIDO LAVANDO. O OUTRO CONDUTOR NÃO FOI LOCALIZADO DEPOIS DO ACIDENTE. EU, LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA, CPF 80375677372, RG316482596, MOTO TITAN 160EX PRETA, PLACA NAW 5057.

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLICIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

CLOVIS DE S. CELANE  
POLICIAL CIVIL  
MATRÍCULA: 42000258  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

*Luiz Clayton dos Santos Rocha*  
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA  
COMUNICANTE

Fls: 2  
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00022145/2020

Nome Envolvido	RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA	Envolvidos Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: EU VINHA SENTIDO ALTO ALEGRE BOA VISTA, QUANDO UM CONDUTOR VINHA SENTIDO BOA VISTA FEZ UMA ULTRAPASSAGEM NO LUGAR PROIBIDO, PRA MIM NÃO BATER NO OUTRO VEÍCULO TIVE QUE SAIR DA BR SENTIDO LAVANDO. O OUTRO CONDUTOR NÃO FOI LOCALIZADO DEPOIS DO ACIDENTE. EU, LUIZ CLAITON DOS SANTOS ROCHA, CPF 80375677372, RG316482696, MOTO TITAN 160EX PRETA, PLACA NAW 5057.

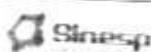
ASSINATURAS

Clovis de Siqueira Celane  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000258  
Responsável pelo Atendimento

*Luiz Clayton dos Santos Rocha*  
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Comunicante

Declaro para os efeitos finais de direito que sou (a) univocto responsável pelas informações escritas assinadas e consto que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que devo origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Celular e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 08/02/2020 08:56:03



*GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA*  
**POLÍCIA CIVIL**  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE  
**DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT**  
“Amazônia: Patrimônio dos brasileiros”



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 7920/2020/BOLETIM ON-LINE**

O Sr.<sup>º</sup>

NOME: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA  
RG: 316482596 SSP/CE  
SEXO: MASCULINO  
DATA DE NASCIMENTO: 22/09/1978  
TELEFONE: 95-98117-2831  
ENDEREÇO: RUA – OP VI, 582  
BAIRRO: OPERÁRIO

O comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corrigir no Boletim de Ocorrência supracitado os Dados do Veículo e nome do Proprietário do Veículo.

- MOTONETA HONDA/CG 160 TITAN EX;
- PLACA NAW - 5057;
- COR PRETA;
- ANO 2017/2017;
- RENAVAM 01124601438;
- CHASSI 9C2KC2210HR511709;
- LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA (PROPRIETÁRIO);

Agente Carcerário de Polícia Civil  
Givanildo da Silva Vieira  
Matrícula: 042000855

Boa Vista - RR, 18 de Setembro de 2020.

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA  
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA  
Comunicante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência N°: 7920/2020 - Registrado em: 01/08/2020 às 12h 07min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 06/06/0020 às 17h 20min

**LOCAL DO FATO**

Município: ALTO ALEGRE

UF: RR

Logradouro: RR 205

Nº: RR 205 ESTRADA CEP:

Bairro: CENTRO

Tipo de local:

Referência:

Complemento:

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA(41), nascido(a) em 22/09/1978, sexo MASCULINO, casado(a), exercendo a profissão de REPOSITOR, CPF Nº 803.756.773-72, País: BRASIL, natural de GRANJA-CE, filho(a) de CARLA MARIA DOSSANTOS e , endereço: RUA OP-VI, cep: 69316-284, Nº: 582, bairro: OPERARIO, BOA VISTA-RR, referência: ÚLTIMA CASA, Telefone: (95) 99112-7219.

**OBJETOS**

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTO	FOI UM ACIDENTE NA BR SENTIDO BOA VISTA ALTO ALEGRE

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: EU VINHA SENTIDO ALTO ALEGRE BOA VISTA, QUANDO UM CONDUTOR VINHA SENTIDO BOA VISTA FEZ UMA ULTRAPASSAGEM NO LUGAR PROIBIDO. PRA MIM NÃO BATER NO OUTRO VEÍCULO TIVE QUE SAIR DA BR SENTIDO LAVANDO. O OUTRO CONDUTOR NÃO FOI LOCALIZADO DEPOIS DO ACIDENTE. EU, LUIZ CLAITON DOS SANTOS ROCHA, CPF 80375677372, RG316482596, MOTO TITAN 160EX PRETA, PLACA Naw 5057.

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLICIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

CLOVIS DE S. CELANE  
POLICIAL CIVIL  
MATRÍCULA: 42000258  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Luiz Clayton dos Santos Rocha  
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA  
COMUNICANTE



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200308603**

**Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA**

**Data do Acidente: 06/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200308603

Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Data do Acidente: 06/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 000000118344-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
**803.756.773-72 Luiz Clayton dos Santos Rocha**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **Luiz Clayton dos Santos Rocha** 6 - CPF: **803.756.773-72**  
7 - Profissão: **Operário** 8 - Endereço: **Rua SP VI** 9 - Número: **582** 10 - Complemento:  
11 - Bairro: **Operário** 12 - Cidade: **Bonfim** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.316-284**  
15 - E-mail: **luizclayton483@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(95)98117-2831**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **0653** CONTA: **00118344** (6)  
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as perdas 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:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34  
Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Boa Vista - RR 21/08/2020**

**Luiz Clayton dos Santos Rocha**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200308603**

**Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA**

**Data do Acidente: 06/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00089/00090 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 16147515

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/> - Identificador: PJXKM EKWDN PPLSL RNP5U



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200308603**

**Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA**

**Data do Acidente: 06/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01567/01588 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 16097659

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/> - Identificador: PJXKM EKWDN PPLSL RNP5U



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200308603

Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Data do Acidente: 06/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 16084128



00020007

## 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: 28/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000118344-6

---

---

Nr. da Autenticação 0E44A46AF566C7DE

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242324/20

Número do Sinistro: 3200308603

Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

CPF: 803.756.773-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/06/2020

Titular do CPF: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/10/2020  
Nome: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA  
CPF: 803.756.773-72

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

\_\_\_\_\_  
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

\_\_\_\_\_  
SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200308603      **Cidade:** Alto Alegre      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA      **Data do acidente:** 06/06/2020      **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA P5  
FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO  
LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO À ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @7 // IMAGEM P11 À 18 // P19

. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTES ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242324/20

Número do Sinistro: 3200308603

Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

CPF: 803.756.773-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/06/2020

Titular do CPF: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/09/2020  
Nome: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA  
CPF: 803.756.773-72

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

\_\_\_\_\_  
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

\_\_\_\_\_  
SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200308603      **Cidade:** Alto Alegre      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA    **Data do acidente:** 06/06/2020      **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. P5  
FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO.  
LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR?  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @7 // IMAGEM P11 À 18 // P19  
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCARRECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>13,25 %</b>	<b>R\$ 1.788,75</b>

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200308603

Cidade: Alto Alegre

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Data do acidente: 06/06/2020

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do punho E (rádio distal) e Clavícula D

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 160°, extensão aos 45°, abdução aos 90°, adução aos 25°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 40°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro direito. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 30°, desvio ulnar aos 30°, desvio radial aos 20°, pronação aos 60°, supinação aos 60°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Vítima fez tratamento conservador com imobilização gessada; fez fisioterapia, alta em setembro de 2020.

**Sequelas permanentes:** Restrição funcional em ombro direito e punho esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 22/10/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** De acordo com o exame físico do médico examinador, permaneceu deficiência em ombro direito em grau moderado e punho esquerdo em grau moderado.

### 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200308603

Cidade: Alto Alegre

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Data do acidente: 06/06/2020

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do punho E (rádio distal) e Clavícula D

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 160°, extensão aos 45°, abdução aos 90°, adução aos 25°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 40°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro direito. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 30°, desvio ulnar aos 30°, desvio radial aos 20°, pronação aos 60°, supinação aos 60°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Vítima fez tratamento conservador com imobilização gessada; fez fisioterapia, alta em setembro de 2020.

**Sequelas permanentes:** Restrição funcional em ombro direito e punho esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 22/10/2020

**Conduta mantida:**

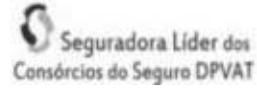
**Observações:** De acordo com o exame físico do médico examinador, permaneceu deficiência em ombro direito em grau moderado e punho esquerdo em grau moderado.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242324/20

**Vítima:** LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

**CPF:** 803.756.773-72

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

**Data do acidente:** 06/06/2020

**Titular do CPF:** LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médica-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

**LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA : 803.756.773-72**

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/08/2020  
Nome: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA  
CPF: 803.756.773-72

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

\_\_\_\_\_  
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

\_\_\_\_\_  
SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Guia de Atendimento 17

**HG**  
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

2001248343 06/06/2020 19:13:16 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 8

Paciente LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA Data Nascimento 22/09/1978 Idade 41 A 8 M 14 D CNS 708209168169645 CPF 07 Prontuário  
 Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade  
 IDENTIDADE 316482596 SSP/RR M SOLTEIRO(A) PARDA FORTALEZA - CE BRASILEIRA  
 Mãe CLARLA MARIA DOS SANTOS Pai ANTONIO LOPES DA ROCHA Contato

Endereço RUA - OP-IV - 582 - OPERARIO - BOA VISTA - RR Ocupação NÃO INFORMADA

Class. de Risco	Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento <b>OUTROS</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Setor <b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada <b>SAMU CAPITAL</b>		Procedimento Sol.		Pressão
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				

Anamnese de Enfermagem

GSC	TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese (HORA DA CONSULTA: \_\_\_\_ h)  
 Paciente imasculina, vítima de trauma de bico, acidente de trânsito por queda de moto, com queima de dor em peito agudo, escoriações e quebra óssea em tórax e ombro direito.   
 A) vias aéreas pativas, verbaliza, sem dolor convulsões  
 B) Disfunção em região clavicular direita

Hipótese Diagnóstica  
 C) Sem sangramentos ativos, abdome glándulo  
 D) ECG 15      E) Escoriações em HSD, deformidade  
 SADT - Exames Complementares  
 RAIO-X     ULTRA-SON     TC     SANGUE     URINA     ECG     OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
① Tramadol 100mg 5F0,97. 100ml EV agora	OK	
② SG 5% 500ml EV agora	OK	
③ Dipirona 12g EV agora	OK	Objeto de observação
④ Tenoxicam 40mg EV agora	OK	Outras observações

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

Ambulatório  
 Observação (Até 24h)  
 Internação  
 Data e Hora da Saída/Alta: 2021-02-15 07:00

Óbito  
 Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  IM. Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

*Thais S. I. Ferreira*  
 Médica  
 CRM-RR 2061



Impresso por: dal

Data Hora: 06/06/2020 19:21:39

Software: Adonis Pro Version  
0.4.2 - 0.4.2

22h 20min Aguarda realização de  
radiografias solicitação

Thais S. I. Ferreira  
Médica  
CRM-RR 2061

~~CRM-RR 2061~~  
Thais S. I. Ferreira  
Médica

22:42 - Recomenda-se a realizar  
RADIOGRAFIA, estabelecendo, Sinalos  
com observação

Dr. Jorge Barreto Freitas  
Médico  
CRM-RR 2064

Ortopedia:

Recebe paciente com trauma com luxação  
de ossos do corpo com EOD

- CO:  
- Redução Incrimido  
- Talo arilo palmar  
- compreender em ambulatório

Loamir Viana  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2124





18:31

- Maravilhoso

pacuti um rebote  
cd: alto sombra um rebote  
e certe de mudar e acionar

Anne Larissa Pereira  
Médica  
CRM-RR 2002

Anne

~~CORRER COM ORIGINAIS~~  
Em 18/08/2020  
~~Quara~~





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA - Patrimônio dos Brasileiros"



DP

031254

DOCUMENTO DE RETENÇÃO E REMOÇÃO N.º D153

1- IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO DA RETENÇÃO E REMOÇÃO

1.1 - DATA

1.2 - HORA

1.3 - OBJETO DA RETENÇÃO E REMOÇÃO

01/02/2021 18:30 b  CNH  CRLV  VEÍCULO  RETENÇÃO DO CRLV PARA REGULARIZAÇÃO  
1.4 - N.º DO REGISTRO DA CNH OU PERMISSÃO PARA DIRIGIR

1.4 - N.º DO CRLV

1.5 - PLACA

1.6 - UF

1.7 - N.º DO CHASSI

1.7 - DATA

1.8 - MARCA/MODELO

Honda CG 125

1.9 - ESPECIE

PAS

-EMI33

2- CAUSA DA APREENSÃO

2.1 - N.º DOS(AUTOS) DE INFRAÇÃO(DES)

2.2 - CÓDIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(DES)

3- IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR OU PROPRIETÁRIO

3.1- IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR

3.2- IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO

4- VITÓRIA

AUTOMÓVEL

ITEM	DISCRIMINAÇÃO	S	N	D	ITEM	DISCRIMINAÇÃO	S	H	D
01	PARA-CHOQUES				11	RODAS/PNEUS			
02	FARÓIS PRINCIPAIS				12	CALOTAS			
03	LUZES DE POSIÇÃO DIANTEIRAS				13	SILENCIADOR			
04	LIMPADOR DE PÁRA-BRISA				14	ANTENA			
05	VIDROS				15	TRIÂNGULO			
06	ESPELHOS RETROVISORES				16	EXTINTOR DE INCÊNDIO			
07	LANTERNAS DE POSIÇÃO/FREIO				17	ESTEPE			
08	PISCAS				18	MACACO			
09	LANTERNA DE RÉ				19	CHAVE DE RODAS			
10	PLACAS				20	PÁRA-SOL			

LINHA: (S) - O VÉHICULO POSSUI ITEM DESCRITO  
(N) - O VÉHICULO NÃO POSSUI O ITEM DESCRITO  
(D) - O VÉHICULO POSSUI O ITEM DESCRITO E ESTÁ DANIFICADO

RARIO

MOTOCICLETA/MOTONETA

ITEM	DISCRIMINAÇÃO	S	N	D	ITEM	DISCRIMINAÇÃO	S	N	D
01	RETROVISORES				10	PÁRA-LAMAS			
02	FAROL				11	CARENAGEM			
03	LANTERNA TRASEIRA				12	MANETE			
04	PLACA				13	CABO DE FREIO			
05	PISCAS				14	BATERIA			
06	PAINEL				15	CACHIMBO DE VELA			
07	PNEUS				16	DESCANSO			
08	SILENCIADOR				17	VARETA DE ÓLEO			
09	ESTOFAMENTO				18	CHAVE DE IGNição			

MARCADOR DE COMBUSTIVEL

V 1/4 1/2 3/4 1/1

ODÔMETRO

VEÍCULO REMOVIDO PELA VTR

MOTORISTA

Condutor/Proprietário é ciente que se não fizer a regularização do veículo perante o DETRAN/RR e sua retirada dos pátios

de custódia, no prazo de 60 (sessenta dias) contados a partir da data de preenchimento deste documento, o mesmo será levado a Leilão (haste pública), conforme resolução CONTRAN n.º 623 de 06 de setembro de 2016."

EM CASO "REtenção DO CRLV PARA REGULARIZAÇÃO": CONFORME DISPOSTO NO ART. 270§2º E §3º DO CTB, ESTE DOCUMENTO

SUBSTITUI O CRLV POR [ ] DIAS ÚTEIS, A CONTAR DA DATA DE EMISSÃO DESTE DOCUMENTO, FICANDO O CONDUTOR/PROPRIETÁRIO

NOTIFICADO A COMPARECER AO DETRAN/RR, APRESENTAR O VÉHICULO DEVIDAMENTE REGULARIZADO E RETIRAR SEU CRLV.

5- OBSERVAÇÕES

Veículo está na Malha Da RR 05  
Placa: DC 64-30 - Confecção  
REF: 029016

6- IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE

6.1 - CONDOR DO AGENTE

7- CONFERENCIA E ASSINATURA DO CONDUTOR

DECLARO QUE O VÉHICULO E/OU DOCUMENTO FOI RETIRADO DE CIRCULAÇÃO  
EM CONFORMIDADE COM ESTE DOCUMENTO

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO/CONDUTOR

1ª VIA - CONDUTOR

8- RESPONSÁVEL PELO DEPÓSITO

DECLARO QUE O VÉHICULO E/OU DOCUMENTO FOI RETIRADO DE CIRCULAÇÃO  
EM CONFORMIDADE COM ESTE DOCUMENTO

DATA:

HORA:

ASSINATURA

9- VIA - DOCUMENTOS RETIDOS

4ª VIA - BLOCOS



GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME Sey L. do Sôl RECEITUÁRIO

Saúlo meli

Pacint com lesões de fratura +  
anterior (D) + clavícula (D) h = 2 mm.

Rx para consolidar de artelhos (D),  
realgo-lo acoplado e reforçar

Fratura da clavícula (D)

Imprentar de reto sobre tabu  
e fixar (D)

CIA: 542.0  
DATA: 23/07/2020

Dr. Mário S. Aguiar  
Assistente Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRI-RR 1202

J. P. Pinto

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Pinto, 536 - Centro-Bio Vista RR  
CEP: 69.301-150 - CNPJ 84.013.408/0001-96  
Telefone 2121 7474



## EMERGÊNCIA

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

PACS

DETENÇÃO LIVRE

### RECEITUÁRIO

NOME: Suz C. dos S. Rocha

1120 sul

1- Cefalexina 500g 40g  
Tomar 1sp/6hs por 10d

2- D-Aspirino 500g 40g  
Tomar 1sp 6/6hs

DATA 7/6/20

ASSINATURA E CARIMBO



## EMERGÊNCIA

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

PACS

Documento assinado

### RECEITUÁRIO

NOME: Luiz Jayson Soárez

às Finotropina

paciente com quadro de  
dor venoso em face redonda (1)  
de 02 dias.

Hab. Pandemia da covid  
socorro acorralamento  
com a exposição de finotropina

DATA

11/06/2020

Anne Larissa Pereira  
CRM-RR 2054

ASSINATURA E CARIMBO

Anne



RUA DELMAN VERAS, S/N , PINTOLANDIA

Verde  
 Azul Ass.

Verde  
 Azul Ass.

TARDE 13-19 35

FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA

Paciente LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA Data Nascimento 22/09/1978 Idade 41 A 8 M 29 D CNS 708209168169645 Prontuário 00102167  
Tipo Doc Documento Orgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade  
IDENTIDADE 316482596 SSP/RR M SOLTEIRO(A)/PARDA FORTALEZA - CE BRASILEIRA  
Mãe CARLA MARIA DOS SANTOS País ANTONIO LOPES DA ROCHA Contato (95) 99112-7219  
Endereço RUA - OP-IV - 582 - OPERARIO - BOA VISTA - RR Ocupação NÃO INFORMADA

Class. de Risco <b>VERDE</b>	Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento <b>SPA - PRONTO ATENDIM</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Setor <b>RECEPÇÃO SPA / URG / E</b>	Tipo de Chegada <b>DEMANDA ESPONTANEA</b>		Procedimento Sol.		Pressão <b>140 x 100</b>

Quais Principais  
sat 98, p 74

Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem  
nega alergia a medicamento

GSC	TOTAL
AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

*Palmo, com febre persistente  
mocoso tenso e perda de  
apetite*

Hipótese Diagnóstica  
*Bol. Palmo. Ver os suspeitos*

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

*Abc-faz ameaça de febre  
de astfase. Palmo. Até o dia  
de ontem*

Conduta

<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica	<input type="checkbox"/> Ambulatório
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia	<input type="checkbox"/> Internação
<input type="checkbox"/> Transferência para:	Data e Hora da Saída/Alta:

Óbito  
Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  IMI, Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico..

Impresso por: eberson.silva  
Data/Hora: 21/06/2020 15:27:52



CONFERE COM ORIGINAL

Em 18/08/2020  
Ass.: ...



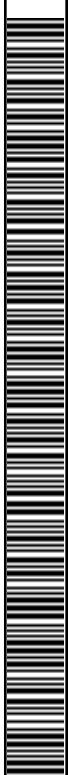
ALEX

HOSPITAL CORONEL MOTA

4365

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS

E



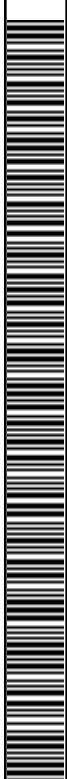
ESQUERDO



LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

07-06-2020 14:54:08

POLICLINICA COSME E SILVA





LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

POLICLINICA COSME E SILVA

07/02/2021 14:54:08

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/> - Identificador: PJXKM EKWDN PPLSL RNP5U





LUIS CLAYTON DOS SANTOS  
HOSPITAL CORONEL MOTA

5051

06/08/2020

Francineide

89.1%



LUIZ CLAYTON DOS SANTOS

4779

Vision

65,5 %



D





Vilson



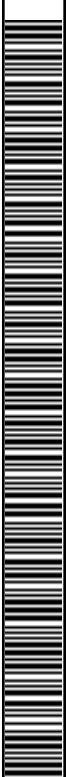
POLICLÍNICA COSME E SILVA  
07-06-2020 14:34:06

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA



DIREITO

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validade: https://pjjudi.jus.br/projeto/ - Usuário: PJXKM EXWDN PPLSL RNPNU  
Assinatura: https://pjjudi.jus.br/projeto/





**EMERGÊNCIA**  
GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA  
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO

## RECEITUÁRIO

NOME: Isaely C dos Santos Paul.

Sexo: Mulher

Paciente vítima de acidente trinitense (SAC), no radiografie foi evidenciado fratura oleocranea (O) + fractura distal do rádio com deslocamento e desestabilização. Havia também lesões ósseas na face, cervicais, renais e no fêmur. A paciente se encontra em observação no hospital São Francisco, com quadro de hemorragia interna e edema cerebral.

ESTSS  
S490

DATA 15/02/2021

## ASSINATURA E CARIMBO

Joao Alves Barbosa Filho

Nome: Joao Alves Barbosa Filho

CPF:

RG:

CNPJ:





**EMERGÊNCIA**  
GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON RODRIGUES  
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELLIOTT

RECEITUÁRIO

NOME: Lucy C. dos S. Reels

MCW

neglect or ignore patient

See 41 elements

13h

RX anterior = -4 C lpol

Rx Clarivid D - 1010 Stk  
scraper

RECEITUÁRIO

**NAME:** Sally C. Oles S. Rose

HOME

RECEITUÁRIO

**NAME:** Sally C. Oles S. Rose

HOME

ASSINATURA E CARIMBO

DATA  $\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2$

ASSASSINATIBA E CABIL

DATA / 12

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306, Aeroporto  
CEP 68.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 212119611

Av. Brigadelero Eduardo Gómez, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (065) 951 2121 0611

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://pjordi.tjrf.jus.br/projodi/> Identificador: PJXKM EKWDN PPPLSL RNPSU





## 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: [3200308603](#)

Nome do(a) Examinado(a): **LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua OP VI, 582, , Boa Vista/RR**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP / 316482596**

Data e local do acidente: **06/06/2020 - Boa Vista/RR**

Data e local do exame: **22/10/2020 - Boa Vista/RR**

Coordenadas Geográficas: **Latitude: 2.81642 , longitude: -60.67005**

### RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

**Vítima de queda de moto ao desviar de um veículo com consequente fratura do punho E (rádio distal) + Clavícula D**

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

**Vítima fez tratamento conservador com imobilização gessada; fez fisioterapia, alta em setembro de 2020**

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

Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 160°, extensão aos 45°, abdução aos 90°, adução aos 25°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 40°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro direito. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 30°, desvio ulnar aos 30°, desvio radial aos 20°, pronação aos 60°, supinação aos 60°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

**IV.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

**Sim**

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

**Sim**

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

**Ombro D:** presença de consolidação viciosa a nível da região da clavícula + limitação dos movimentos de abdução e elevação  
**Punho E:** alteração anatômica local, sem atrofias e com limitação dos movimentos de flexão/extensão

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

**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"

(-) "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.

Ombro Direito - Médio - 50%

Punho Esquerdo - Médio - 50%

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

  
Dr. Regina Cláudia Mendes Almeida  
Médica do Trabalho  
CRMRR 1032  
RQE: 177

