

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:
2980464620210216150247

Processo 0802468-23.2021.8.23.0010 ☆ - (13 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 12	16/02/2021 15:02:47	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
12.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2784777CONTESTACAO01.pdf Público
12.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2784777CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
12.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf Público
11	15/02/2021 09:23:52	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 18/02/2021 referente ao evento de expedição seq. 10.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div>[+]</div> 10	12/02/2021 15:20:50	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	DEBORA LIMA BATISTA Analista Judiciária
<div>[+]</div> 9	10/02/2021 15:57:25	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (03/02/2021)	WANDERLEI SILVA RIBEIRO Advogado
8	08/02/2021 09:26:56	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de JULIAN JOSE FARIAS ROMERO) em 08/02/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (03/02 /2021) e ao evento de expedição seq. 7.	WANDERLEI SILVA RIBEIRO Advogado
7	04/02/2021 19:56:27	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de JULIAN JOSE FARIAS ROMERO com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (03/02/2021)	Jhonatan de Almeida Santil Analista Judiciário
<div>[+]</div> 6	03/02/2021 15:03:37	CONCEDIDO O PEDIDO	PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO Magistrado
5	03/02/2021 10:45:24	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	03/02/2021 10:45:24	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	03/02/2021 10:45:24	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	03/02/2021 10:45:24	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<div>[+]</div> 1	03/02/2021 10:45:24	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	WANDERLEI SILVA RIBEIRO Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo n.º 08024682320218230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JULIAN JOSE FARIAS ROMERO** representado por **NADA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **05/12/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **23/12/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **05/12/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ art.

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer a Ré que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **DR. SIVIRINO PAULI**, inscrito na **OAB/RR 451-A**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 15 de fevereiro de 2021.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais 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	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JULIAN JOSE FARIAS ROMERO**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08024682320218230010.

Rio de Janeiro, 15 de fevereiro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



CAERR - 011 919 4570001-15
RUA DO COM. ESTADUAL ALESSANDRI
RUA MOUTIN, QMFS 214 - SÃO PEDRO - CEP: 01306-610



0600 280 9520

Matrícula: 1067150

Março/2020

Dados do Cliente: RUEIRA DE OLIVEIRA PRIMO		Endereço para entrega: RUA ROZ DO IGUAÇU, N.º 82725 - EDUARDO AL. DA VISTA PR 69317-338	
Inscrição 001.028.049.0340.000	Rota 37	Seq.Rota 1535	Quantidade de Economias RESIDENCIAL
Medidor NÃO MEDIDO	Data de Instalação	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto LIGADO
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (m³)
LEITURA FAT.		10	0
LEITURA INF.			
DT. LEITURA			
ULTIMOS CONSUMOS			
202002	10-0		
202001	10-0		
201912	10-0		
201911	10-0		
201910	10-0		
201909	10-0		
MEDIA	10		
Quantidade de Água Distribuída ao Consumidor			
Informações dos Registros Realizados no Rede de Distribuição DECRETO FEDERAL N.º 5008 / 2005 G.M.			
REGISTROS	CLORO	TURBID.	PH
EXIGIBIL	100	100	100
ANALISAND	214	214	214
CONFORME	214	214	214
DESCRIÇÃO		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA		10 m³	23,83
ESGOTO		60,0 % DO VALOR DE ÁGUA	19,06
TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 01/2020			6,34
VENCIMENTO: 15/04/2020		TOTAL A PAGAR: 49,23	

VIA DO CLIENTE



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1067150	03/2020	15/04/2020	49,23

82660000000-2 49230004001-0 00106715001-9 03202000003-3



VIA DO CLIENTE

VIA DO CLIENTE

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, Juliana de Oliveira Primo
portador (a) do RG nº 155.248 expedido pelo SSP/RR
inscrito (a) no CPF 65445414272

Declaro para os devidos fins de comprovação de residência sob as penas de Lei (art.2 da lei 7.115/83).

Que o Sr. (a) Juliano José Farias Romão
portador (a) do RG nº 19297805 expedido pelo
inscrito (a) no CPF 406.395972-41

~~residente e domiciliado~~ na Rua Foz do Iguaçu, 225 Oquatorial

Declaro ainda estar ciente de que a falsidade de presente declaração pode implicar na ~~pena prevista~~ no art 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

Art 299 - Omittir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Boa Vista-RR, 25 de setembro de 2019

CARTÓRIO LOUREIRO

Juliana de Oliveira Primo

DECLARANTE

(Reconhecimento e Assinatura)

Anexar cópia de algum comprovante de endereço declarado

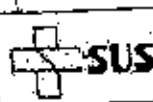
(Água, Luz ou Telefone).

Preferencialmente em nome do declarante ou genitor

	CARTÓRIO LOUREIRO AV. VILA E BOA VISTA Nº 256 - CENTRO - BOA VISTA/RR - FONE: (067) 3611-6077 - ATRIBUIMENTO: CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS	DR. JOZIEL LOUREIRO TARELADO E REGISTRADOR
	REC. VERDADEIRA a(s) assinatura(s) De: <u>Juliana de Oliveira Primo</u> Em testemunha <u>YN</u> da verdade. Boa Vista, 23/09/2019 Emolp: 2,45 FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10 Selos: REC/FIR1583452171LIKWEKZRGW71 N° Ticket: 00149 Onde está seu selo: https://cidadadao.portalselorr.com.br O CPF solicitante: 65445414272	

Marjory C. G. Estell Braglia
Escrevente Autorizada
Cartório Loureiro

Atto 05/02/2020



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BLOCO A

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

3 - QUES

4 - QUES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - DATA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICIPAL

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com quadro de DM do tipo 2 e submetido a tratamento de insulina e dieta equilibrada

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Doença

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

Rx 7 exame físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

paciente de DM do tipo 2

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação de DM do tipo 2

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BÔNUS

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CBO

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

42 - EMPREGADO

43 - EMPREGADOR

44 - INATIVO

45 - DESEMPREGADO

46 - APOSENTADO

47 - INQ. SEGURADO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - AUTORIZAÇÃO

50 - COD. ORÇÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - DOCUMENTO

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

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

55 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

0408020423
5524

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 4/2/2008 O.S.

Juliano José Tavares
Bomero

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPEÚTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Operado em DDH sob sedação
 1) Anestesia e Analgesia
 2) Colocação de campo estéril
 3) Incisão vertical e dorsal em antebraço E com
 diâmetro por plano de joelho de quadril com
 redução anela com placas DP de Górgio
 unido como placa em cada osso com
 fios de sutura em cada osso. Redução
 confirmada com auxílio de intensificador de
 imagem
 4) Sutura por planos com Nylon e Vicryl pro
 MC com 5/0, 3/0
 unido
 DR RPA

Dr. Augusto Cavalcante
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 1988

PRE-ANESTÉSICO

[illegible]

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

END

Date / / Hora

Coagulation time 05.12.19 TAP 11.80"
GNI 0.72"
TTPA 29.80"

Signature

Date / / Hora

Pacient admitted in relation
no. 11111 1 ab. paracetamol
~~alcohol~~ 2 2x ketorolac

Signature

AUTHENTICATED

06 MAR 1995

Signature

Hospital



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Autonomia Plena, Bem-estar dos Roraimenses"

FICHA DE ANESTESIA

Julian Jose Elias Romero

04/02/2020

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO		N°
<p>8:50 10:50 11:50 12:50</p> <p>Entanal 100mg (IV) midazolam 5mg (IV)</p>		
<p>AGENTES</p> <p>N 20</p> <p>07</p>		
<p>QUÍMICO</p> <p>A M SF SF SF SF</p> <p>Y S D 500 500 500 250</p>		
<p>DA</p> <p>240</p> <p>220</p> <p>200</p> <p>180</p> <p>160</p> <p>140</p> <p>120</p> <p>100</p> <p>80</p> <p>60</p> <p>40</p> <p>20</p>		
<p>TEMP</p> <p>36</p> <p>37</p> <p>38</p> <p>39</p> <p>40</p>		
<p>ACID</p> <p>7.35</p> <p>7.38</p> <p>7.41</p> <p>7.44</p> <p>7.47</p> <p>7.50</p> <p>7.53</p> <p>7.56</p> <p>7.59</p> <p>8.02</p> <p>8.05</p> <p>8.08</p> <p>8.11</p> <p>8.14</p> <p>8.17</p> <p>8.20</p> <p>8.23</p> <p>8.26</p> <p>8.29</p> <p>8.32</p> <p>8.35</p> <p>8.38</p> <p>8.41</p> <p>8.44</p> <p>8.47</p> <p>8.50</p> <p>8.53</p> <p>8.56</p> <p>8.59</p> <p>9.02</p> <p>9.05</p> <p>9.08</p> <p>9.11</p> <p>9.14</p> <p>9.17</p> <p>9.20</p> <p>9.23</p> <p>9.26</p> <p>9.29</p> <p>9.32</p> <p>9.35</p> <p>9.38</p> <p>9.41</p> <p>9.44</p> <p>9.47</p> <p>9.50</p> <p>9.53</p> <p>9.56</p> <p>9.59</p> <p>10.02</p> <p>10.05</p> <p>10.08</p> <p>10.11</p> <p>10.14</p> <p>10.17</p> <p>10.20</p> <p>10.23</p> <p>10.26</p> <p>10.29</p> <p>10.32</p> <p>10.35</p> <p>10.38</p> <p>10.41</p> <p>10.44</p> <p>10.47</p> <p>10.50</p> <p>10.53</p> <p>10.56</p> <p>10.59</p> <p>11.02</p> <p>11.05</p> <p>11.08</p> <p>11.11</p> <p>11.14</p> <p>11.17</p> <p>11.20</p> <p>11.23</p> <p>11.26</p> <p>11.29</p> <p>11.32</p> <p>11.35</p> <p>11.38</p> <p>11.41</p> <p>11.44</p> <p>11.47</p> <p>11.50</p> <p>11.53</p> <p>11.56</p> <p>11.59</p> <p>12.02</p> <p>12.05</p> <p>12.08</p> <p>12.11</p> <p>12.14</p> <p>12.17</p> <p>12.20</p> <p>12.23</p> <p>12.26</p> <p>12.29</p> <p>12.32</p> <p>12.35</p> <p>12.38</p> <p>12.41</p> <p>12.44</p> <p>12.47</p> <p>12.50</p> <p>12.53</p> <p>12.56</p> <p>12.59</p> <p>13.02</p> <p>13.05</p> <p>13.08</p> <p>13.11</p> <p>13.14</p> <p>13.17</p> <p>13.20</p> <p>13.23</p> <p>13.26</p> <p>13.29</p> <p>13.32</p> <p>13.35</p> <p>13.38</p> <p>13.41</p> <p>13.44</p> <p>13.47</p> <p>13.50</p> <p>13.53</p> <p>13.56</p> <p>13.59</p> <p>14.02</p> <p>14.05</p> <p>14.08</p> <p>14.11</p> <p>14.14</p> <p>14.17</p> <p>14.20</p> <p>14.23</p> <p>14.26</p> <p>14.29</p> <p>14.32</p> <p>14.35</p> <p>14.38</p> <p>14.41</p> <p>14.44</p> <p>14.47</p> <p>14.50</p> <p>14.53</p> <p>14.56</p> <p>14.59</p> <p>15.02</p> <p>15.05</p> <p>15.08</p> <p>15.11</p> <p>15.14</p> <p>15.17</p> <p>15.20</p> <p>15.23</p> <p>15.26</p> <p>15.29</p> <p>15.32</p> <p>15.35</p> <p>15.38</p> <p>15.41</p> <p>15.44</p> <p>15.47</p> <p>15.50</p> <p>15.53</p> <p>15.56</p> <p>15.59</p> <p>16.02</p> <p>16.05</p> <p>16.08</p> <p>16.11</p> <p>16.14</p> <p>16.17</p> <p>16.20</p> <p>16.23</p> <p>16.26</p> <p>16.29</p> <p>16.32</p> <p>16.35</p> <p>16.38</p> <p>16.41</p> <p>16.44</p> <p>16.47</p> <p>16.50</p> <p>16.53</p> <p>16.56</p> <p>16.59</p> <p>17.02</p> <p>17.05</p> <p>17.08</p> <p>17.11</p> <p>17.14</p> <p>17.17</p> <p>17.20</p> <p>17.23</p> <p>17.26</p> <p>17.29</p> <p>17.32</p> <p>17.35</p> <p>17.38</p> <p>17.41</p> <p>17.44</p> <p>17.47</p> <p>17.50</p> <p>17.53</p> <p>17.56</p> <p>17.59</p> <p>18.02</p> <p>18.05</p> <p>18.08</p> <p>18.11</p> <p>18.14</p> <p>18.17</p> <p>18.20</p> <p>18.23</p> <p>18.26</p> <p>18.29</p> <p>18.32</p> <p>18.35</p> <p>18.38</p> <p>18.41</p> <p>18.44</p> <p>18.47</p> <p>18.50</p> <p>18.53</p> <p>18.56</p> <p>18.59</p> <p>19.02</p> <p>19.05</p> <p>19.08</p> <p>19.11</p> <p>19.14</p> <p>19.17</p> <p>19.20</p> <p>19.23</p> <p>19.26</p> <p>19.29</p> <p>19.32</p> <p>19.35</p> <p>19.38</p> <p>19.41</p> <p>19.44</p> <p>19.47</p> <p>19.50</p> <p>19.53</p> <p>19.56</p> <p>19.59</p> <p>20.02</p> <p>20.05</p> <p>20.08</p> <p>20.11</p> <p>20.14</p> <p>20.17</p> <p>20.20</p> <p>20.23</p> <p>20.26</p> <p>20.29</p> <p>20.32</p> <p>20.35</p> <p>20.38</p> <p>20.41</p> <p>20.44</p> <p>20.47</p> <p>20.50</p> <p>20.53</p> <p>20.56</p> <p>20.59</p> <p>21.02</p> <p>21.05</p> <p>21.08</p> <p>21.11</p> <p>21.14</p> <p>21.17</p> <p>21.20</p> <p>21.23</p> <p>21.26</p> <p>21.29</p> <p>21.32</p> <p>21.35</p> <p>21.38</p> <p>21.41</p> <p>21.44</p> <p>21.47</p> <p>21.50</p> <p>21.53</p> <p>21.56</p> <p>21.59</p> <p>22.02</p> <p>22.05</p> <p>22.08</p> <p>22.11</p> <p>22.14</p> <p>22.17</p> <p>22.20</p> <p>22.23</p> <p>22.26</p> <p>22.29</p> <p>22.32</p> <p>22.35</p> <p>22.38</p> <p>22.41</p> <p>22.44</p> <p>22.47</p> <p>22.50</p> <p>22.53</p> <p>22.56</p> <p>22.59</p> <p>23.02</p> <p>23.05</p> <p>23.08</p> <p>23.11</p> <p>23.14</p> <p>23.17</p> <p>23.20</p> <p>23.23</p> <p>23.26</p> <p>23.29</p> <p>23.32</p> <p>23.35</p> <p>23.38</p> <p>23.41</p> <p>23.44</p> <p>23.47</p> <p>23.50</p> <p>23.53</p> <p>23.56</p> <p>23.59</p> <p>24.02</p> <p>24.05</p> <p>24.08</p> <p>24.11</p> <p>24.14</p> <p>24.17</p> <p>24.20</p> <p>24.23</p> <p>24.26</p> <p>24.29</p> <p>24.32</p> <p>24.35</p> <p>24.38</p> <p>24.41</p> <p>24.44</p> <p>24.47</p> <p>24.50</p> <p>24.53</p> <p>24.56</p> <p>24.59</p> <p>25.02</p> <p>25.05</p> <p>25.08</p> <p>25.11</p> <p>25.14</p> <p>25.17</p> <p>25.20</p> <p>25.23</p> <p>25.26</p> <p>25.29</p> <p>25.32</p> <p>25.35</p> <p>25.38</p> <p>25.41</p> <p>25.44</p> <p>25.47</p> <p>25.50</p> <p>25.53</p> <p>25.56</p> <p>25.59</p> <p>26.02</p> <p>26.05</p> <p>26.08</p> <p>26.11</p> <p>26.14</p> <p>26.17</p> <p>26.20</p> <p>26.23</p> <p>26.26</p> <p>26.29</p> <p>26.32</p> <p>26.35</p> <p>26.38</p> <p>26.41</p> <p>26.44</p> <p>26.47</p> <p>26.50</p> <p>26.53</p> <p>26.56</p> <p>26.59</p> <p>27.02</p> <p>27.05</p> <p>27.08</p> <p>27.11</p> <p>27.14</p> <p>27.17</p> <p>27.20</p> <p>27.23</p> <p>27.26</p> <p>27.29</p> <p>27.32</p> <p>27.35</p> <p>27.38</p> <p>27.41</p> <p>27.44</p> <p>27.47</p> <p>27.50</p> <p>27.53</p> <p>27.56</p> <p>27.59</p> <p>28.02</p> <p>28.05</p> <p>28.08</p> <p>28.11</p> <p>28.14</p> <p>28.17</p> <p>28.20</p> <p>28.23</p> <p>28.26</p> <p>28.29</p> <p>28.32</p> <p>28.35</p> <p>28.38</p> <p>28.41</p> <p>28.44</p> <p>28.47</p> <p>28.50</p> <p>28.53</p> <p>28.56</p> <p>28.59</p> <p>29.02</p> <p>29.05</p> <p>29.08</p> <p>29.11</p> <p>29.14</p> <p>29.17</p> <p>29.20</p> <p>29.23</p> <p>29.26</p> <p>29.29</p> <p>29.32</p> <p>29.35</p> <p>29.38</p> <p>29.41</p> <p>29.44</p> <p>29.47</p> <p>29.50</p> <p>29.53</p> <p>29.56</p> <p>29.59</p> <p>30.02</p> <p>30.05</p> <p>30.08</p> <p>30.11</p> <p>30.14</p> <p>30.17</p> <p>30.20</p> <p>30.23</p> <p>30.26</p> <p>30.29</p> <p>30.32</p> <p>30.35</p> <p>30.38</p> <p>30.41</p> <p>30.44</p> <p>30.47</p> <p>30.50</p> <p>30.53</p> <p>30.56</p> <p>30.59</p> <p>31.02</p> <p>31.05</p> <p>31.08</p> <p>31.11</p> <p>31.14</p> <p>31.17</p> <p>31.20</p> <p>31.23</p> <p>31.26</p> <p>31.29</p> <p>31.32</p> <p>31.35</p> <p>31.38</p> <p>31.41</p> <p>31.44</p> <p>31.47</p> <p>31.50</p> <p>31.53</p> <p>31.56</p> <p>31.59</p> <p>32.02</p> <p>32.05</p> <p>32.08</p> <p>32.11</p> <p>32.14</p> <p>32.17</p> <p>32.20</p> <p>32.23</p> <p>32.26</p> <p>32.29</p> <p>32.32</p> <p>32.35</p> <p>32.38</p> <p>32.41</p> <p>32.44</p> <p>32.47</p> <p>32.50</p> <p>32.53</p> <p>32.56</p> <p>32.59</p> <p>33.02</p> <p>33.05</p> <p>33.08</p> <p>33.11</p> <p>33.14</p> <p>33.17</p> <p>33.20</p> <p>33.23</p> <p>33.26</p> <p>33.29</p> <p>33.32</p> <p>33.35</p> <p>33.38</p> <p>33.41</p> <p>33.44</p> <p>33.47</p> <p>33.50</p> <p>33.53</p> <p>33.56</p> <p>33.59</p> <p>34.02</p> <p>34.05</p> <p>34.08</p> <p>34.11</p> <p>34.14</p> <p>34.17</p> <p>34.20</p> <p>34.23</p> <p>34.26</p> <p>34.29</p> <p>34.32</p> <p>34.35</p> <p>34.38</p> <p>34.41</p> <p>34.44</p> <p>34.47</p> <p>34.50</p> <p>34.53</p> <p>34.56</p> <p>34.59</p> <p>35.02</p> <p>35.05</p> <p>35.08</p> <p>35.11</p> <p>35.14</p> <p>35.17</p> <p>35.20</p> <p>35.23</p> <p>35.26</p> <p>35.29</p> <p>35.32</p> <p>35.35</p> <p>35.38</p> <p>35.41</p> <p>35.44</p> <p>35.47</p> <p>35.50</p> <p>35.53</p> <p>35.56</p> <p>35.59</p> <p>36.02</p> <p>36.05</p> <p>36.08</p> <p>36.11</p> <p>36.14</p> <p>36.17</p> <p>36.20</p> <p>36.23</p> <p>36.26</p> <p>36.29</p> <p>36.32</p> <p>36.35</p> <p>36.38</p> <p>36.41</p> <p>36.44</p> <p>36.47</p> <p>36.50</p> <p>36.53</p> <p>36.56</p> <p>36.59</p> <p>37.02</p> <p>37.05</p> <p>37.08</p> <p>37.11</p> <p>37.14</p> <p>37.17</p> <p>37.20</p> <p>37.23</p> <p>37.26</p> <p>37.29</p> <p>37.32</p> <p>37.35</p> <p>37.38</p> <p>37.41</p> <p>37.44</p> <p>37.47</p> <p>37.50</p> <p>37.53</p> <p>37.56</p> <p>37.59</p> <p>38.02</p> <p>38.05</p> <p>38.08</p> <p>38.11</p> <p>38.14</p> <p>38.17</p> <p>38.20</p> <p>38.23</p> <p>38.26</p> <p>38.29</p> <p>38.32</p> <p>38.35</p> <p>38.38</p> <p>38.41</p> <p>38.44</p> <p>38.47</p> <p>38.50</p> <p>38.53</p> <p>38.56</p> <p>38.59</p> <p>39.02</p> <p>39.05</p> <p>39.08</p> <p>39.11</p> <p>39.14</p> <p>39.17</p> <p>39.20</p> <p>39.23</p> <p>39.26</p> <p>39.29</p> <p>39.32</p> <p>39.35</p> <p>39.38</p> <p>39.41</p> <p>39.44</p> <p>39.47</p> <p>39.50</p> <p>39.53</p> <p>39.56</p> <p>39.59</p> <p>40.02</p> <p>40.05</p> <p>40.08</p> <p>40.11</p> <p>40.14</p> <p>40.17</p> <p>40.20</p> <p>40.23</p> <p>40.26</p> <p>40.29</p> <p>40.32</p> <p>40.35</p> <p>40.38</p> <p>40.41</p> <p>40.44</p> <p>40.47</p> <p>40.50</p> <p>40.53</p> <p>40.56</p> <p>40.59</p> <p>41.02</p> <p>41.05</p> <p>41.08</p> <p>41.11</p> <p>41.14</p> <p>41.17</p> <p>41.20</p> <p>41.23</p> <p>41.26</p> <p>41.29</p> <p>41.32</p> <p>41.35</p> <p>41.38</p> <p>41.41</p> <p>41.44</p> <p>41.47</p> <p>41.50</p> <p>41.53</p> <p>41.56</p> <p>41.59</p> <p>42.02</p> <p>42.05</p> <p>42.08</p> <p>42.11</p> <p>42.14</p> <p>42.17</p> <p>42.20</p> <p>42.23</p> <p>42.26</p> <p>42.29</p> <p>42.32</p> <p>42.35</p> <p>42.38</p> <p>42.41</p> <p>42.44</p> <p>42.47</p> <p>42.50</p> <p>42.53</p> <p>42.56</p> <p>42.59</p> <p>43.02</p> <p>43.05</p> <p>43.08</p> <p>43.11</p> <p>43.14</p> <p>43.17</p> <p>43.20</p> <p>43.23</p> <p>43.26</p> <p>43.29</p> <p>43.32</p> <p>43.35</p> <p>43.38</p> <p>43.41</p> <p>43.44</p> <p>43.47</p> <p>43.50</p> <p>43.53</p> <p>43.56</p> <p>43.59</p> <p>44.02</p> <p>44.05</p> <p>44.08</p> <p>44.11</p> <p>44.14</p> <p>44.17</p> <p>44.20</p> <p>44.23</p> <p>44.26</p> <p>44.29</p> <p>44.32</p> <p>44.35</p> <p>44.38</p> <p>44.41</p> <p>44.44</p> <p>44.47</p> <p>44.50</p> <p>44.53</p> <p>44.56</p> <p>44.59</p> <p>45.02</p> <p>45.05</p> <p>45.08</p> <p>45.11</p> <p>45.14</p> <p>45.17</p> <p>45.20</p> <p>45.23</p> <p>45.26</p> <p>45.29</p> <p>45.32</p> <p>45.35</p> <p>45.38</p> <p>45.41</p> <p>45.44</p> <p>45.47</p> <p>45.50</p> <p>45.53</p> <p>45.56</p> <p>45.59</p> <p>46.02</p> <p>46.05</p> <p>46.08</p> <p>46.11</p> <p>46.14</p> <p>46.17</p> <p>46.20</p> <p>46.23</p> <p>46.26</p> <p>46.29</p> <p>46.32</p> <p>46.35</p> <p>46.38</p> <p>46.41</p> <p>46.44</p> <p>46.47</p> <p>46.50</p> <p>46.53</p> <p>46.56</p> <p>46.59</p> <p>47.02</p> <p>47.05</p> <p>47.08</p> <p>47.11</p> <p>47.14</p> <p>47.17</p> <p>47.20</p> <p>47.23</p> <p>47.26</p> <p>47.29</p> <p>47.32</p> <p>47.35</p> <p>47.38</p> <p>47.41</p> <p>47.44</p> <p>47.47</p> <p>47.50</p> <p>47.53</p> <p>47.56</p> <p>47.59</p> <p>48.02</p> <p>48.05</p> <p>48.08</p> <p>48.11</p> <p>48.14</p> <p>48.17</p> <p>48.20</p> <p>48.23</p> <p>48.26</p> <p>48.29</p> <p>48.32</p> <p>48.35</p> <p>48.38</p> <p>48.41</p> <p>48.44</p> <p>48.47</p> <p>48.50</p> <p>48.53</p> <p>48.56</p> <p>48.59</p> <p>49.02</p> <p>49.05</p> <p>49.08</p> <p>49.11</p> <p>49.14</p> <p>49.17</p> <p>49.20</p> <p>49.23</p> <p>49.26</p> <p>49.29</p> <p>49.32</p> <p>49.35</p> <p>49.38</p> <p>49.41</p> <p>49.44</p> <p>49.47</p> <p>49.50</p> <p>49.53</p> <p>49.56</p> <p>49.59</p> <p>50.02</p> <p>50.05</p> <p>50.08</p> <p>50.11</p> <p>50.14</p> <p>50.17</p> <p>50.20</p> <p>50.23</p> <p>50.26</p> <p>50.29</p> <p>50.32</p> <p>50.35</p> <p>50.38</p> <p>50.41</p> <p>50.44</p> <p>50.47</p> <p>50.50</p> <p>50.53</p> <p>50.56</p> <p>50.59</p> <p>51.02</p> <p>51.05</p> <p>51.08</p> <p>51.11</p> <p>51.14</p> <p>51.17</p> <p>51.20</p> <p>51.23</p> <p>51.26</p> <p>51.29</p> <p>51.32</p> <p>51.35</p> <p>51.38</p> <p>51.41</p> <p>51.44</p> <p>51.47</p> <p>51.50</p> <p>51.53</p> <p>51.56</p> <p>51.59</p> <p>52.02</p> <p>52.05</p> <p>52.08</p> <p>52.11</p> <p>52.14</p> <p>52.17</p> <p>52.20</p> <p>52.23</p> <p>52.26</p> <p>52.29</p> <p>52.32</p> <p>52.35</p> <p>52.38</p> <p>52.41</p> <p>52.44</p> <p>52.47</p> <p>52.50</p> <p>52.53</p> <p>52.56</p> <p>52.59</p> <p>53.02</p> <p>53.05</p> <p>53.08</p> <p>53.11</p> <p>53.14</p> <p>53.17</p> <p>53.20</p> <p>53.23</p> <p>53.26</p> <p>53.29</p> <p>53.32</p> <p>53.35</p> <p>53.38</p> <p>53.41</p> <p>53.44</p> <p>53.47</p> <p>53.50</p> <p>53.53</p> <p>53.56</p> <p>53.59</p> <p>54.02</p> <p>54.05</p> <p>54.08</p> <p>54.11</p> <p>54.14</p> <p>54.17</p> <p>54.20</p> <p>54.23</p> <p>54.26</p> <p>54.29</p> <p>54.32</p> <p>54.35</p> <p>54.38</p> <p>54.41</p> <p>54.44</p> <p>54.47</p> <p>54.50</p> <p>54.53</p> <p>54.56</p> <p>54.59</p> <p>55.02</p> <p>55.05</p> <p>55.08</p> <p>55.11</p> <p>55.14</p> <p>55.17</p> <p>55.20</p> <p>55.23</p> <p>55.26</p> <p>55.29</p> <p>55.32</p> <p>55.35</p> <p>55.38</p> <p>55.41</p> <p>55.44</p> <p>55.47</p> <p>55.50</p> <p>55.53</p> <p>55.56</p> <p>55.59</p> <p>56.02</p> <p>56.05</p> <p>56.08</p> <p>56.11</p> <p>56.14</p> <p>56.17</p> <p>56.20</p> <p>56.23</p> <p>56.26</p> <p>56.29</p> <p>56.32</p> <p>56.35</p> <p>56.38</p> <p>56.41</p> <p>56.44</p> <p>56.47</p> <p>56.50</p> <p>56.53</p> <p>56.56</p> <p>56.59</p> <p>57.02</p> <p>57.05</p> <p>57.08</p> <p>57.11</p> <p>57.14</p> <p>57.17</p> <p>57.20</p> <p>57.23</p> <p>57.26</p> <p>57.29</p> <p>57.32</p> <p>57.35</p> <p>57.38</p> <p>57.41</p> <p>57.44</p> <p>57.47</p> <p>57.50</p> <p>57.53</p> <p>57.56</p> <p>57.59</p> <p>58.02</p> <p>58.05</p> <p>58.08</p> <p>58.11</p> <p>58.14</p> <p>58.17</p> <p>58.20</p> <p>58.23</p> <p>58.26</p> <p>58.29</p> <p>58.32</p> <p>58.35</p> <p>58.38</p> <p>58.41</p> <p>58.44</p> <p>58.47</p> <p>58.50</p> <p>58.53</p> <p>58.56</p> <p>58.59</p> <p>59.02</p> <p>59.05</p> <p>59.08</p> <p>59.11</p> <p>59.14</p> <p>59.17</p> <p>59.20</p> <p>59.23</p> <p>59.26</p> <p>59.29</p> <p>59.32</p> <p>59.35</p> <p>59.38</p> <p>59.41</p> <p>59.44</p> <p>59.47</p> <p>59.50</p> <p>59.53</p> <p>59.56</p> <p>59.59</p> <p>60.02</p> <p>60.05</p> <p>60.08</p> <p>60.11</p> <p>60.14</p> <p>60.17</p> <p>60.20</p> <p>60.23</p> <p>60.26</p> <p>60.29</p> <p>60.32</p> <p>60.35</p> <p>60.38</p> <p>60.41</p> <p>60.44</p> <p>60.47</p>		

PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: _____ End: _____ Leão: _____ Serv: _____
 Sexo: _____ Cor: _____ Idade: _____ Peso: _____ Alt: _____ Classe: _____ Data: _____ Hora: _____
 Drgo. Pre-OP: _____ Pains Assoc.: _____
 Qd. Glicose: _____
 Anest. Ant: _____
 Anest. Intra: _____
 Anest. Pós: _____
 Anest. Fumo: _____
 DOSSIAS: _____
 (anticoagulantes, hipotensores, narcóticos, hipotônicos,
 digênicos, anticonvulsantes, diuréticos, antiácidos, sulfas,
 contraceptivos, IMAO, outros)
 Exatidão Marcar: _____ Boca: _____
 Período: _____ Veloc: _____
 RX: _____
 Fx: _____
 Hx: _____
 Outros: _____
 Próximos Clínicos: _____
 An: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____

Medicação Pré-Op - Anest.	DOSE	VIA	HORA

Sangue Tipo: _____ Leuc: _____ Ht: _____ Hb: _____
 Hct: _____ Lc: _____ Ls: _____ p. Lq: _____
 r. Coag: _____ Rq: _____ Unio: _____
 creat: _____ Gfr: _____ Na: _____ mEq/L
 Cl: _____ mEq/L _____ mEq/L pH: _____ pO2: _____
 pCO2: _____ SA: _____ BB: _____ BS: _____ BE: _____
 URINA: d: _____ pH: _____ glic: _____ Alb: _____
 Sedim: _____
 An. gen. Ur: _____
 AP. Resp: _____
 AP. Cir: _____
 AP. Digi: _____
 S. Otol: - Aud: _____
 S. Nerv: _____
 S. Endoc: _____
 Est. Fis (ASA): _____ AN. Proposta: _____
 NR: _____

 Assinatura: _____

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

24.02.2020 Hora 13:30
 Alta do SARA para o
 bloco com plano de
 expressão, dor, refluxo

R3 Daniel
 Dr. Abirgao

Assinatura

Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

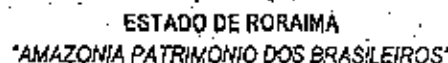
NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
William José Soares Romero	063	577764	04.10.2017

CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
TIPO	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Ressecamento de pâncreas de antebraço	10:25	12:15	

EQUIPE MÉDICA		TEMPO DE DURAÇÃO	
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Dr. Ubirajara	
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:	Dr. Daniel	
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR		
	CIRCULANTE	Sua / Orange	
TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:		
B + B			

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCT'S COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		10	FIO VICRYL Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.0		11	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVA'S P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 20 B			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	100
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL atordado 30x30	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO alveol 70x75	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº 10x12	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM Cateter 02	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA 4x10x10	
	gelo nº 20		1	OUTROS: elixir	

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



Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ginecologia		Procedimento Realizado: Exame de Papanicolaou	
Nome do Paciente: MARIA DA SILVA		IDADE: 45	SEXO: F () M () F	Nº do Prontuário 12345	Data 11/11/2012
Bloco: A	Enfermaria: 10	Leito: 10	Nº da Sala 10	Circulante de Sala: 10	

For the purpose of the present study, the following data were collected:

Hospital Geral de Roraima ()	Dados Adicionais:	Marca:
-------------------------------	-------------------	--------

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. J. J. J.
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-RR 1759 TEOT 14272

INSTRUMENTADOR: _____

1º AUXILIAR: _____

Dr. Jonathas C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-RR 1759 TEOT 1427

12. AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

Empresa ()

Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM ()
ATHENA () / MACON ()

Marca:

MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____
INSTRUMENTADOR: _____

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: enr@hgror.com

Name: Tulcan los Toros Remotes

Data de Nasc: 09/01/1985 Idade: 34

Setor/Leitor: 106/03

Data: 04 / 02 / 2020

Termo de Consentimento Cirurgia: (☒) Sim (☐) Não

Termo de Consentimento Anestesia: ☒ Sim ☐ Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		INTRA-OPERATÓRIO					SRPA		Sinais Vitais							
Cirurgia Proposta:		Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Horário	T	FC	PA	SpO2	ALDRETE	DOR 0/10	
1. Informações:		10:10	9:50	10:25	12:15	12:16	Bupivacaína	Ortostomia	0'	36	92	86	99%	03	0	
2. Chegou ao Centro Cirúrgico:		Cirurgia Realizada:					Anestesia					Posicionamento				
✓ Desambulando		Ortostomia					Bupivacaína					D.O.				
✓ Consciente		Hidratação Infundida					Antibiótico/terapia					Hemoderivados				
✓ Com Suporte de O2		SF 0,9%:					Nome:					CH:				
✓ TOT		SG 5%:					Dose:					Plasma:				
✓ Agitado		Outros:					Hora:					Plaquetas:				
3. Sinais Vitais:		N° de Compressas oferecidas:					Anátomo Patológico:					BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)				
T: 36,5°C		N° de Compressas recolhidas:					Exames na SO:					Entrada				
R: 12 rpm		Exames na SO:					Ht () Hb () Hemograma () RX					Medicção				
FC: 93 bpm		Ht () Hb () Hemograma () RX					N° Peças:					CH				
PA: 92/62 mmHg		N° Peças:					() Cultura					SNG/Volume				
SAT: 97%		() Outros:					() Outros:					Dreno/Qual				
() Regular () Irregular		Legenda:					1. Eletrodos					Hora				
4. Anotações (Admissão do Paciente):		2. Oxímetro					3. Manguto PA					Medicção				
Paciente ortostômico		4. Placa de Bisturi					5. Incisão					CH				
do Centro Cirúrgico		6. Cateter O2					7. Venoclise					SNG/Volume				
Mônica BEG, WTE		8. Dreno					9. SNG/SNE					Dreno/Qual				
Cabeça, braços, pernas		10. Garrote					11. TOT () Não () Sim N°					Hora				
DM 1,05 e glicose		12. SVD () Não () Sim N°					13. Outros:					Medicção				
Roxo no nariz e		Sinais Vitais: Saída da SO					T: 36,5°C					CH				
nariz por um		T: 36,5°C					R: 12 rpm					SNG/Volume				
de prótese dentária		R: 12 rpm					FC: 112 bpm					Dreno/Qual				
stoma		FC: 112 bpm					PA: 92/62 mmHg					Hora				
5. Anotações (Alta do Paciente):		PA: 92/62 mmHg					SAT: 96%					Medicção				
Paciente admitido em SRPA		SAT: 96%					() Regular () Irregular					CH				
de Ortostomia		() Regular () Irregular					Desenho: () SRPA () UTI () Outros:					SNG/Volume				
de Ortostomia		Desenho: () SRPA () UTI () Outros:					12:16					Dreno/Qual				
de Ortostomia		12:16					500 ml					Hora				
de Ortostomia		500 ml					SF 0,9%					Medicção				
de Ortostomia		SF 0,9%					10					CH				
de Ortostomia		10					5					SNG/Volume				
de Ortostomia		5					1					Dreno/Qual				
de Ortostomia		1					1					Hora				
de Ortostomia		1					1					Medicção				
de Ortostomia		1					1					CH				
de Ortostomia		1					1					SNG/Volume				
de Ortostomia		1					1					Dreno/Qual				
de Ortostomia		1					1					Hora				
de Ortostomia		1					1					Medicção				
de Ortostomia		1					1					CH				
de Ortostomia		1					1					SNG/Volume				
de Ortostomia		1					1					Dreno/Qual				
de Ortostomia		1					1					Hora				
de Ortostomia		1					1					Medicção				
de Ortostomia		1					1					CH				
de Ortostomia		1					1					SNG/Volume				
de Ortostomia		1					1					Dreno/Qual				
de Ortostomia		1					1					Hora				
de Ortostomia		1					1					Medicção				
de Ortostomia		1					1					CH				
de Ortostomia		1					1					SNG/Volume				
de Ortostomia		1					1					Dreno/Qual				
de Ortostomia		1					1					Hora				
de Ortostomia		1					1					Medicção				
de Ortostomia		1					1					CH				
de Ortostomia		1					1					SNG/Volume				
de Ortostomia		1					1					Dreno/Qual				
de Ortostomia		1					1					Hora				
de Ortostomia		1					1					Medicção				
de Ortostomia		1					1					CH				
de Ortostomia		1					1					SNG/Volume				
de Ortostomia		1					1					Dreno/Qual				
de Ortostomia		1					1					Hora				
de Ortostomia		1					1					Medicção				
de Ortostomia		1</														

106-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																																			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																																			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																																			
PRESCRIÇÃO MÉDICA																																			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																																
PACIENTE	Juliano da Silva Farias, Roberto																																		
AGNOSTIC	pr. am. da mãe																																		
ALÉRGICAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA																															
IDADE	LEITO	106-3	DATA	4/2/20																															
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																														
1	DIETA ORAL LIVRE				SND																														
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANUTER																														
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H				14.02																														
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				14.20.02																														
5	SIMETICONA 40-GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				S/N																														
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				S/N																														
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				S/N																														
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				08.1																														
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S/N																														
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				18.24.05																														
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				10.22.0																														
12																																			
13																																			
14	Tramal 20mg EV 12/12 h x 28.																																		
15																																			
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N																														
17	SSVV + CCGG 6/6 H				Dr. Augusto Cavalcante																														
18	CURATIVO DIÁRIO				Medico Residente																														
19					Ortopedia e Traumatologia																														
20					CRM AR 1954																														
21																																			
<p>SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p>EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUITA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:</p>																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">SINAIS VITAIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td>120x84</td> <td>FC 78</td> <td>FR 22</td> <td>76.2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>140/90</td> <td>105</td> <td>22</td> <td>76.8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>115x74</td> <td>85</td> <td>22</td> <td>36.1</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS						6 H	120x84	FC 78	FR 22	76.2		12 H						18 H	140/90	105	22	76.8		24 H	115x74	85	22	36.1	
SINAIS VITAIS																																			
6 H	120x84	FC 78	FR 22	76.2																															
12 H																																			
18 H	140/90	105	22	76.8																															
24 H	115x74	85	22	36.1																															

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

18h paciente no arto
4/20 paciente no leito flote
02/25 preservados após mcpm.

206-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JULIAM JOSE FARIAS					
AGNOSTICAR FX ANTEBRAÇO E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	106-3	DATA	05/02/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				monitor
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H				14 02
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12 19 24 06
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU Q1 COMP VO DE 8/8 h SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				SN
7	NALBUFINA 30 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				19 18 24 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				10 22
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
18	CURATIVO DIÁRIO				Rotina
19					
20					
21					
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p>ENCAMISAMENTO MÉDICO: # ENCONTRO: PACIENTE DETIDO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG; ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDIÇÃO: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:</p>					
SINAIS VITAIS				DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 2028	
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Juliano José Farias
Responsável Cirurgião: Dr. Altonio / Semelhas

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☐ Procedimento
Consentimento ☐ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não
☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data: 04/02/2020 Assinatura: R. B. Daniele
Hora: 9:40

ANTES DA INCISÃO

Anestesista: Dr. Ubaldino

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☒ Sim,

Qual: cefazolin 1g Hora: 10:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS.

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

☐ Sim ☒ Não ☐ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

4- O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE.

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

Carimbo 6148144

106-3



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ INSS

PACIENTE João Silva ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 04/02/70 COM
DIAGNÓSTICO DE fx. Antebraço

NO DIA 04/02/70 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fx. Antebraço SENDO

OPERADO PELO DR. Forattini E DR. Alcides

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 05/02/70 ÀS 16:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1/1 ÀS 1 COM O
DR. Forattini

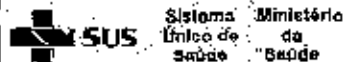
ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Forattini

BOA VISTA, 05/02/70

MEDICO



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2 - CNES

231965-9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

4 - CNES

231965-9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

00177764

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

89005839415538

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/01/1985

9 - SEXO

1 - Masculino

10 - RAÇA / COR

PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

CARMEM MARIA ROMERO

12 - TELEFONE DE CONTATO

(95) 99125-0181

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

14 - TELEFONE DE CONTATO

(95) 99125-0181

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA: FOZ DO IGUAÇU - 225 - EQUATORIAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

140010

18 - UF

RR

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

CIRURGIA GERAL

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVO

31 - DOCUMENTO

32 - N.º DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/02/2020

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N.º DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNIE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

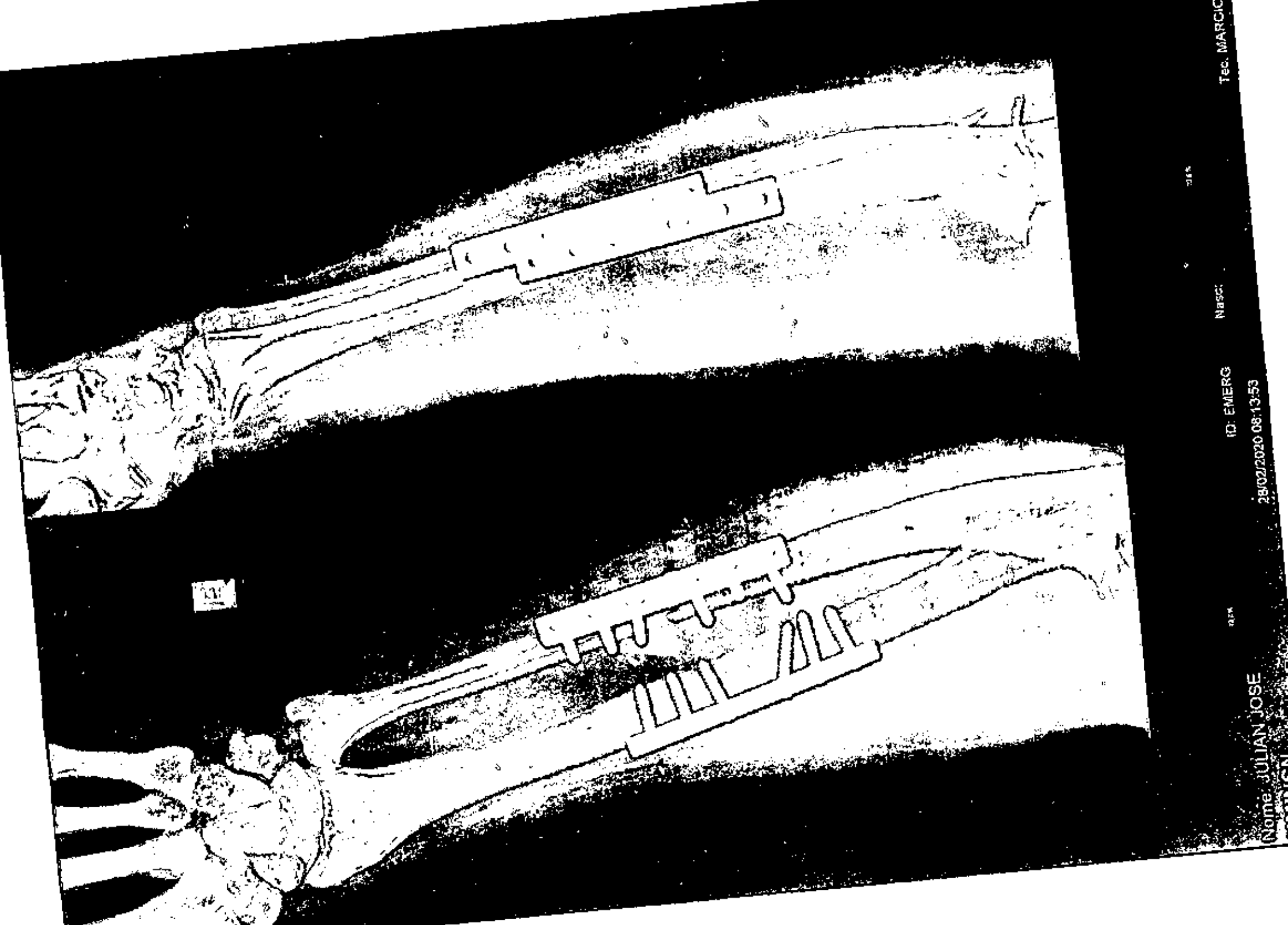
48 - DOCUMENTO

49 - N.º DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

☐ CNS

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



Tec. MARCIO

Nasc:

ID: EMERG

28/02/2020 08:13:53

Nome: JULIAN JOSE

IDENTIFICACAO







Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
706.595.972-41

Nome
JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Nascimento
09/01/1985

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200253117 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO **Data do acidente:** 05/12/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 1/2/6/15.
LAUDO DO IML NÚMERO 7212/219 - INCONCLUSIVO.

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA.
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS".
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA.
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML-RR
DR. BENIGNO JOSÉ DE OLIVEIRA.



LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO - **LESÃO CORPORAL** - Nº 7212/2019-IML/RR.

Destino: **DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO/DAT/RR.**

AUTORIDADE REQUISITANTE:

- Delegado (a) de Polícia Civil: Débora Alves Monteiro da Cruz.
- Requisição: Nº 254/19/DAT, Referência: BO. Nº 046044/2019 - SP: DAT.

NOME: JULIAN JOSÉ FARIAS ROMERO	
NOME SOCIAL: PREJUDICADO	
NACIONALIDADE: VENEZUELANA	NATURALIDADE: SUL DA BOLÍVIA
IDADE: 34 ANOS	SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	COR: PARDAS
PROFISSÃO: ELETROMEICÂNICO	ESCOLARIDADE: PREJUDICADO
DOCUMENTAÇÃO: CPF. Nº 706.595.972-41	TELEFONE: 99137-5022
FILIAÇÃO: CARLOS JOSÉ FARIAS e CARMEN MARIA ROMERO	
ENDEREÇO: RUA FOZ DO IGUAÇU - Nº 225 - BAIRRO EQUATORIAL - RR	
DATA/HORA DO EXAME: 27/12/2019, às 09 horas e 38 minutos	
Obs: Os profissionais abaixo designados pelo(a) Diretor(a), prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.	

HISTÓRICO:

- Refere acidente de trânsito, moto x carro, dia 05/12/2019.

DESCRIÇÃO:

- Periciando com fratura de antebraço esquerdo (rádio e ulna) e aguardando tratamento cirúrgico.
- No momento com tala gessada, edema local e sutura da lesão corto-contundente no antebraço esquerdo.

AUTENTICAÇÃO

DISCUSSÃO:

- Periciando aguardando tratamento cirúrgico.
- Deverá retornar para exame complementar após cirurgia.

Este laudo confere com o documento original que foi apresentado em Cartório
Boa Vista/RR, 22/01/2020

CONCLUSÃO:

- Periciando vítima de ação contundente e corto-contundente.

QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:

- 1ª Há ofensa à integridade física ou a saúde? **SIM.**
- 2ª Qual o instrumento ou meio que a produziu? **CONTUNDENTE E CORTO-CONTUNDENTE.**
- 3ª Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel (resposta especificada)? **NÃO.**
- 4ª Houve Perigo de vida? **NÃO.**
- 5ª Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM.**
- 6ª Resultará incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, aborto ou aceleração de parto ou deformidade permanente? **DEVERÁ RETORNAR PARA EXAME COMPLEMENTAR.**

1 por ser verídica digitada este documento que depois de registrado e arquivado eletronicamente, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim: Benigno José de Oliveira

Macielle F. Chaves
Médica Legista
CRM 6582

IML-RR

Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69.309-005 - Boa Vista/RR.
Tel. (95) 2121-3409 (Recepção), (95) 2121-3430 (Direção).






Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



06-07-2020

Correios		SEDEX
PESO (kg)	0,131	AR JMP
Recebedor		
Assinatura	Documento	
OD 29388233 / BR		
		

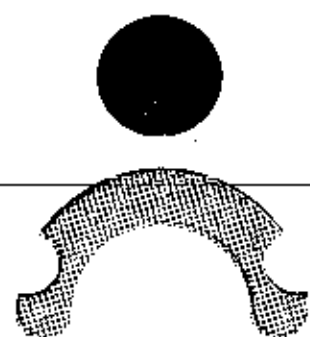
SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A
RUA DA ASSEMBLEIA, 100 24º ANDAR, CENTRO
RIO DE JANEIRO - RJ
CEP: 20011-904

ATENDIMENTO





Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO**
**POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



Correios

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Juliano José Ramos Romera		99137-5022	
ENDEREÇO / Address Email: Noeliaoliveira715@gmail.com			
Rua Póz do Iguaçu N° 225 B. Equatorial			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
69317-330	Boa Vista	RR	Brasil



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"

PROBAG
www.probag.org.br
Tel: (62) 3204-2808

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALECIDO (Deceased)	
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Undelivered)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Other)	
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1ª / / às 2ª / / às 3ª / / às		
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / / (Reinstated to service post)		
Data / / Responsável		

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Felipe Alexandre Romão
Data do Acidente: 05.12.2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 406.595.972-41

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☒ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☒ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☒ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☒ Não – original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☒ Não – original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☒ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☒ Não
☐ Certidão de Óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☒ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☒ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Felipe Alexandre Romão
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 406.595.972-41
E-mail: _____ Tel.: (15) 99137-5022
Data: 26.06.2020 Assinatura: Felipe Alexandre Romão

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC BVA
Atendente: Bruno Sousa Monteiro Matrícula: 80901043
Data: 26.06/20 Assinatura: Bruno Sousa Monteiro

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Juliano José Farias Romão
Data do acidente: 05.12.2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 406.595.972-41

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

☒ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☒ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☒ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☒ Não – original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A))

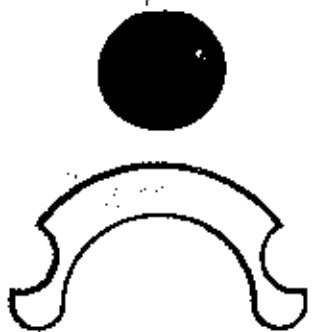
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Juliano José Farias Romão
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 406.595.972-41
E-mail: tel: (95) 99137-5022
Data: 26.06.2020 Assinatura: Juliano Romão

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC BVA
Atendente: Bruno Sousa Monteiro Matrícula: 80701043
Data: 26/06/20 Assinatura: Bruno S. Monteiro



Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



24108

Correios

PESO (kg) 50 ☐ AR ☐ MP

Recebedor

Assinatura

Documento

OD 29392070 7 BR

SINISTRO 3200253117

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT

S/A

RUA DA ASSEMBLEIA, 100 24º ANDAR

RIO DE JANEIRO

CEP: 20011-904

CENTRO

RJ

ATENDIMENTO





Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO**
**POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



Correios

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Julian José Farias Romero			
ENDEREÇO / Address			
Rua Foz do Iguaçu, 225			
Equatorial			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
67317-330	Boa Vista	PR	BR

320025317

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



Material reciclável

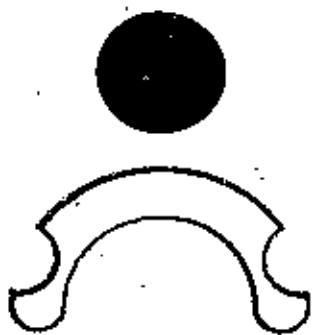


PROSAG

Tel: (02) 3504-2900

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALECIDO (Deceased)	
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Undelivered)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Other)	
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1º / / às 2º / / às 3º / / às		
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / / (Reinstated to service post)		
Data / /	Responsável	

PO BOX 672 ASHTON
356343508



Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



09.10

Correios

PESO (kg) 40 / ☐ AR ☐ MP

Recebedor

Assinatura

Documento

OD 29393339 6 BR

SEDEX

Barcode

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A
RUA DA ASSEMBLEIA, 100 24º ANDAR, CENTRO
• RIO DE JANEIRO - RJ
CEP: 20011-904

number

country

ATENDIMENTO





Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

blog: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Julio Jon Fátima Rosmelo Rua Foz Do Iguaçu			
ENDEREÇO / Address			
Rua Foz Do Iguaçu 225			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAIS / Country
49317-330			

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALECIDO (Deceased)	
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Undelivered)	<input type="checkbox"/> OUTROS (other)	
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1º / / às 2º / / às 3º / / às		
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / / (Reinstated to service post)		
Data / / Responsável		

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



Materiais recicláveis

PROBAG
www.probag.com.br
Tel: (02) 3304-2900

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199543/20

Vítima: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

CPF: 706.595.972-41

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/12/2019

Titular do CPF: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JULIAN JOSE FARIAS ROMERO : 706.595.972-41

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 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: 16/07/2020
Nome: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO
CPF: 706.595.972-41

JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2020
Nome: Diogo Vieira da Silva
CPF: 140.841.367-19

Diogo Vieira da Silva

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200253117

Vítima: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

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



Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200253117

Vítima: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
Formulário do Pedido Seguro DPVAT	Apresentar o formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.

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



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200253117

Vítima: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000026159-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorne 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200253117

Vítima: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 30/10/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



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: 00046044/2019 3 - CPF da vítima: 706595972-41 4 - Nome completo da vítima: Julian Jose Farias Romero

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

5 - Nome completo: Julian Jose Farias Romero 6 - CPF: 706595972-41
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Fogão Iguazu 9 - Número: 225 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Equatorial 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69317330
15 - E-mail: nobreoliveira714@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (95)99125-9181

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itau

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 261598
(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 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:

- 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) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascit)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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): Julian Jose Farias Romero
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 706595972-41
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): Julian Jose Farias Romero

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, + Boa Vista - RR

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Julian Jose Farias Romero

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: **00046044/2019** 3 - CPF da vítima: **706595972-41** 4 - Nome completo da vítima: **Julian Jose Farias Romero**

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

5 - Nome completo: **Julian Jose Farias Romero** 6 - CPF:
7 - Profissão: **Prof. Foz do Iguaçu** 9 - Número: **225** 10 - Complemento: **Casa**
11 - Bairro: **Equatorial** 12 - Cidade: **Boa Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69317330**
15 - E-mail: **noeloliveira714@gmail.com** 16 - Tel (DDD): **(95)99125-9181**

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\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: **6953** CONTA: **241598**
(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 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:
- 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascitor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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 - Imprescindível a presença da vítima ou beneficiário não habilitado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) **Julian Jose Farias Romero**
706595972-41
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
Julian Jose Farias Romero
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Boa Vista - RR**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Julian Jose Farias Romero**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3200253117** 3 - CPF da vítima: **70659597241** 4 - Nome completo da vítima: **Julian Gari Farias Romero**

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

5 - Nome completo: **Julian Gari Farias Romero** 6 - CPF:
7 - Profissão: **Equipe de futebol** 8 - Endereço: **Rua Foz do Iguaçu** 9 - Número: **225** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Equatorial** 12 - Cidade: **Boa Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69317330** 15 - E-mail: **Equipestry@gmail.com** 16 - Tel.(DDD):

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:
☐ RECUO 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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **ITAÚ**

AGÊNCIA: **6953** CONTA: **26159**
(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 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:

- 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Agência/Conta: 6953/26159-8

JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Pessoa Física

CPF: 706.595.972-41

Tipo: Individual

Escore: 00081

Categoria: 301

Produtos:

DATA	HISTÓRICO	VALOR
02/10	SALDO ANTERIOR	23,92
02/10	S A L D O	23,92

POSICAO DA CONTA EM 07/10/2020		
	(+) SALDO PROVISORIO CONTA	23,92
	(=) SALDO DISPONIVEL P/ SAQUE	23,92
	S00 DISP P/APLIC HOJE	23,92
LANCAMENTOS PARA O DIA -----		
07/10	SEGURO CARTAO	7,90-
A.G - AGENDAMENTO/APLICACAO PROGRAMADA SUJEITOS		
A CONFIRMACAO DE SALDO NA DATA PREVISTA.		
-----FIM		
P: LANCAMENTOS EM POUF SALARIO		

CIPTUR

Nº 811397

VTR 010	SUCp CIPTUR	Data 05/12/2019	S/Sector OESTE	H/Transm 16:30	H/In 16:30	CH/H 16:35	H/Fi 17:30
------------	----------------	--------------------	-------------------	-------------------	---------------	---------------	---------------

Cód. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13999	Cód. Ser. Prest. -----	Km/Ini. XXXX	Km/Fin XXXX
-----------------------	---------------------	---------------------------	-----------------	----------------

LOCAL DE Ocorrência

ATAIDE TEIVE C/ AV. DOS CORRETORES DE
AV IMOVEIS

Bairro EQUATORIAL

CAIXA
Ref. ECONOMICA

PESSOAS RELACIONADAS

1	ENVOLVIDO	Nome: ROBERTO DOS SANTOS ARAUJO	Idade: 42	E. Civil: CASADO
		RUA SEBASTIÃO PEIXOTO Nº 153 - SILVO BOTELHO		
Edt. R.G	112756 - RR	CNH	01829609974	Profissão: TAXISTA
2	ENVOLVIDO	Nome: JULIAN JOSÉ FARIAS ROMERO	Idade: 35	E. Civil: UNIÃO ESTÁVEL
		RUA FOZ DO IGUAÇU Nº 225 - EQUATORIAL		
Edt. R.G	N.I	CNH	07311060078	Profissão: MOTORISTA

VEÍCULOS/DANOS

V1 ITEM 01 FIAT SIEN DE COR BRANCA E PLACAS NUK 4139 COM DANOS NO PARA CHOQUE E PARA BRISA TRASEIROS, TAMPA DO PORTA MALA.

V2 ITEM 02 MOTOCICLETA FAN DE COR PRETA E DANOS NO PARA LAMA DIANTEIRO, PAINEL, BENGALAS, RODA DIANTEIRA FAROL E CARENAGEM E RETROVISORES.

ASSINAT JRA

CARGO

LOCAL

HISTÓRICO

SENHOR (A) DELEGADO(A)

ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UMA Ocorrência DE TRÂNSITO NO ENDEREÇO ACIMA ONDE O ITEM 01 NOS INFORMOU QUE SEGUIA PELA AV. ATAIDE SENTIDO CENTRO/ BAIRRO QUANDO ESTAVA PARADO DEIXANDO UM PASSAGEIRO, EM SEGUIDA QUANDO COMEÇOU A ENTRAR NO FLUXO DA VIA DO LADO ESQUERDO, O ITEM 02 QUE SEGUIA PELA MESMA VIA E SENTIDO, COLIDIU NA TRASEIRA DO SEU CARRO.

SEGUNDO O ITEM 01 O CONDUTOR DA MOTOCICLETA FOI CONDUZIDO POR UMA VIATURA DO SAMU PARA ATENDIMENTO MÉDICO E DEVIDO O LOCAL DO SINISTRO SER UM LOCAL DE GRANDE FLUXO DE VEICULOS, FOI NECESSÁRIO A RETIRADA DOS VEICULOS DA VIA, PARA NÃO HAVER OUTRO ACIDENTE.

LOGO EM SEGUIDA OS VEICULOS FORAM LIBERADOS NO LOCAL.

OSANIEL

40.230-3

Cadastro

2º SGT PM

Posto/Graduação

CIPTUR/CPC

SUOp

3258



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00046044/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/12/2019 12:23:18 Data/Hora Fim: 23/12/2019 12:23:18
Origem: Polícia Judiciária Data: 23/12/2019
Delegado de Polícia: Dabara Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 05/12/2019 16:00 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Equatorial
Logradouro: Atafé Teive
Complemento: Próximo à Avenida Corretores de Imóveis
Tipo do Local: Via Pública

NaturezaMeio(s) Empregado(s)

1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO
AUTOMOTOR (ART. 303 DA LEI 9.503/1997 - CTB)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ROBERTO DOS SANTOS ARAÚJO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR (AUSENTE), ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 42

Profissão: Taxista

Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Sebastião Peixoto
Bairro: Dr. Silvio Botelho

Nº: 153

Nome Civil: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Venezuelana

Sexo: Masculino

Nasc: 09/01/1985 Idade: 35

Profissão: Eletromecânico

Escolaridade: Ensino Superior Completo

Estado Civil: União Estável

Naturalidade: Guayana / Bolívar

Nome da Mãe: Carmen Maria Romero

Nome do Pai: Carlos Jose Farias

Documento(s)

CPF: 706.595.972-41

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Foz do Iguaçu
Complemento: Casa
Bairro: Equatorial
Telefone: (95) 99125-9181 (Celular)

Nº: 225

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00046044/2019

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
CPF/CNPJ do Proprietário 323.278.622-72	Placa NUK-4139
Renavam 00489411975	Número do Motor 327A0113985923
Número do Chassi 9BD197132D3032228	Ano/Modelo Fabricação 2013/2012
Número da Carroceria 73615783	Cor BRANCA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista/RR
Marca/Modelo FIAT/SIENA ATTRACTIV 1.4	Modelo FIAT/SIENA ATTRACTIV 1.4
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Roberto dos Santos Araújo	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 654.454.142-72	Placa NAP-7617
Renavam 00549929916	Número do Motor KC16E5D312923
Número do Chassi 9C2KC1650DR312923	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor PRETA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD
Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Julian Jose Farias Romero	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 07311060078), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava como conduzindo a motocicleta também descrita acima e que está em nome de NOELIA DE OLIVEIRA PRIMO, onde veio a colidir na traseira do veículo de placas NUK-4139, devidamente descrito acima, taxi lotação, que estava parado na faixa da esquerda deixando passageiro e ao retornar para via ocasionou a colisão. Que sofreu lesões corporais e foi resgatado até o HGR. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.** Que a Polícia Militar esteve presente e confeccionou o ROP/PM nº 811397 SÉRIE J, (CÓPIA ANEXA). **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00046044/2019

Jefferson Inácio Araújo
Agente de Polícia Civil
Mat. 042000008

Jefferson Inácio Araújo
Agente de Polícia
Matrícula 42000008
Responsável pelo Atendimento



"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 346-Comunicação Falsa da Crime ou de Contumácia do Código Penal Brasileiro."

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000026159-8

Autenticação:

CB827D12027DBC5EA342ADB28F431847E93544AE8551E0713192E71C02FDA87A