

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: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória																	
Filtros 																	
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>																	
12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12																	
500 por pág.  1																	
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por														
 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														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">12.1 Arquivo: Petição</td><td style="width: 40%;">Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="width: 40%; text-align: right;"> 2784777CONTESTACAO01.pdf</td><td style="width: 10%; text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>12.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;"> 2784777CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;"> KIT SEGURADORA LDER.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> </table>						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
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														
LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA 11 15/02/2021 09:23:52 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.																	
 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														
 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														
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA 8 08/02/2021 09:26:56 (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.																	
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 7 04/02/2021 19:56:27 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)																	
 6	03/02/2021 15:03:37	CONCEDIDO O PEDIDO	Jhonatan de Almeida Santil Analista Judiciário														
5	03/02/2021 10:45:24	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO Magistrado														
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														
 1	03/02/2021 10:45:24	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	WANDERLEI SILVA RIBEIRO Advogado														



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a 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 SÍNTSE 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 descharacteriza 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 desconstituir-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo 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 ressalvar 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 deve 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 HOUVE 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.

⁵Súmula 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 SESSENTA 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 horários 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.”

⁷art.

^{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 expresso 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 GRAADAÇÃO

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais 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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
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\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
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	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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; **JOSELAINA 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 nº 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

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



CNPJ: 15.919.467/0001-15
RUA MELHOR JORNAL 219 - SÃO PEDRO - CE 63.306-610

ATENÇÃO
CAERR
0800 280 9520

Matrícula: 1067150 | Março/2020

Dados do Cliente:

NOELIA DE OLIVEIRA PRIMO

Endereço para entrega:

RUA POZ DO IGAPU, NUM. 8875 - BURITIXI
AL BIA VISTA TX 63317-038

Inscrição

001.028.049.0340.800

Rota

37

Seq.Rota

1535

Quantidade de Econometas

RESIDENCIAL 1 1

Medidor

NÃO MEDIDO

Data de Instalação

Situação Água

LTGADO

Situação Esgoto

LTGADO

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³)

NUM DE DIAS

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 das Medidas Realizadas na Rota de Distribuição

DEPÓSITO FEDERAL N.º 5008 - 2005 G.M

EXIGIDAS CLORO TURBIDEZ FFO CTOFILA E.QUA

EXIGIDAS 10g 100 100 100 100

ANALISADAS 214 214 214 214 214

CONFORMES 214 214 214 214 214

DESCRITAO

CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

10 m³ 23,83

CONSUMO DE ÁGUA

10 m³ 23,83

ESGOTO

60,0 % DO VALOR DE ÁGUA

19,06

TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 01/2020

6,34

VENCTIV:

15/04/2020

TOTAL A PAGAR

49,23

Via do Cliente

Via da CEF



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

82660000000-249230004001-000106715001-903202000003-3



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Juliana Oliveira Brinco

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 de lei 7.315/83).

Que o Sr. (a) Julian José Farias Romane

portador (a) do RG nº 49297805 expedido pelo

inscrito (a) no CPF 706.595.972-41

residente e domiciliado na Rua Foz do Iguaçu, 225 - Oeste

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

Art 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que 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 Oliveira Brinco

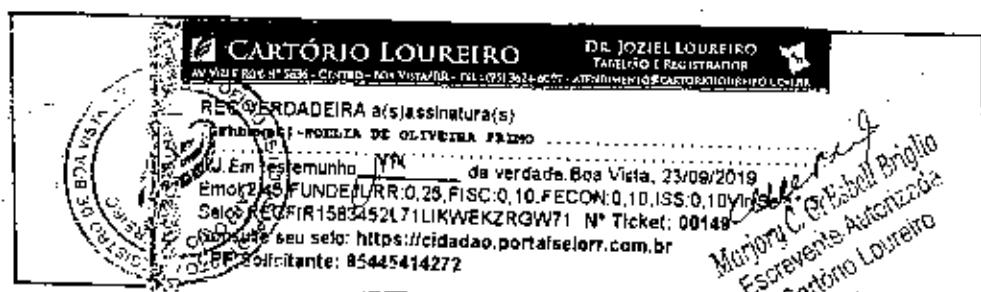
DECLARANTE

(Recomendamento a Assinatura)

Anexar cópia de algum comprovante de endereço declarado

(Água, Luz ou Telefone).

Preferencialmente em nome do declarante ou genitor



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CERTIDÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8191801015181319141515319

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

177764

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/01/1985

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria Romero

11 - TELEFONE DE CONTATO

6599119591181

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BARRA)

Rua - Faz do Sapegu 225 Equatorial

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bonfim

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

14000

15 - UF

16 - CEP

14000

17 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As dores

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

Rx de dor no abdômen

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Internado de Rx de dor no abdômen

21 - CODIGO PRINCIPAL / 22 - CODIGO SECUNDARIO / 23 - CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

José da Silva

31 - CNPJ DA SEGURODORA

32 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / 33 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL / 34 - REGISTRO DO CONSELHO

Medico Residente

Odontologia e Traumatologia

SABRINA 1994

35 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - N.º DA SERIE

41 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - COD. CBO

EMPREGADO

44 - CNAE DA EMPRESA

45 - N.º DO BILHETE

EMPREGADOR

46 - CNAE DA EMPRESA

47 - N.º DA SERIE

EMPREGADO

48 - CNAE DA EMPRESA

49 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

50 - CNAE DA EMPRESA

51 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

52 - CNAE DA EMPRESA

53 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

54 - CNAE DA EMPRESA

55 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

56 - CNAE DA EMPRESA

57 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

58 - CNAE DA EMPRESA

59 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

60 - CNAE DA EMPRESA

61 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

62 - CNAE DA EMPRESA

63 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

64 - CNAE DA EMPRESA

65 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

66 - CNAE DA EMPRESA

67 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

68 - CNAE DA EMPRESA

69 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

70 - CNAE DA EMPRESA

71 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

72 - CNAE DA EMPRESA

73 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

74 - CNAE DA EMPRESA

75 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

76 - CNAE DA EMPRESA

77 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

78 - CNAE DA EMPRESA

79 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

80 - CNAE DA EMPRESA

81 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

82 - CNAE DA EMPRESA

83 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

84 - CNAE DA EMPRESA

85 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

86 - CNAE DA EMPRESA

87 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

88 - CNAE DA EMPRESA

89 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

90 - CNAE DA EMPRESA

91 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

92 - CNAE DA EMPRESA

93 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

94 - CNAE DA EMPRESA

95 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

96 - CNAE DA EMPRESA

97 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

98 - CNAE DA EMPRESA

99 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

100 - CNAE DA EMPRESA

101 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

102 - CNAE DA EMPRESA

103 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

104 - CNAE DA EMPRESA

105 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

106 - CNAE DA EMPRESA

107 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

108 - CNAE DA EMPRESA

109 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

110 - CNAE DA EMPRESA

111 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

112 - CNAE DA EMPRESA

113 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

114 - CNAE DA EMPRESA

115 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

116 - CNAE DA EMPRESA

117 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

118 - CNAE DA EMPRESA

119 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

120 - CNAE DA EMPRESA

121 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

122 - CNAE DA EMPRESA

123 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

124 - CNAE DA EMPRESA

125 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

126 - CNAE DA EMPRESA

127 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

128 - CNAE DA EMPRESA

129 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

130 - CNAE DA EMPRESA

131 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

132 - CNAE DA EMPRESA

133 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

134 - CNAE DA EMPRESA

135 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

136 - CNAE DA EMPRESA

137 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

138 - CNAE DA EMPRESA

139 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

140 - CNAE DA EMPRESA

141 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

142 - CNAE DA EMPRESA

143 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

144 - CNAE DA EMPRESA

145 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

146 - CNAE DA EMPRESA

147 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

148 - CNAE DA EMPRESA

149 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

150 - CNAE DA EMPRESA

151 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

152 - CNAE DA EMPRESA

153 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

154 - CNAE DA EMPRESA

155 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

156 - CNAE DA EMPRESA

157 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

158 - CNAE DA EMPRESA

159 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

160 - CNAE DA EMPRESA

161 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

162 - CNAE DA EMPRESA

163 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

164 - CNAE DA EMPRESA

165 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

166 - CNAE DA EMPRESA

167 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

168 - CNAE DA EMPRESA

169 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

170 - CNAE DA EMPRESA

171 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

172 - CNAE DA EMPRESA

173 - N.º DA SERIE

EMPREGADOR

174 - CNAE DA EMPRESA

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 6/2/2005

Juliano José Ferreira
Romero

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO: 6:45

Dr. Bonathas C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Centro de Jovens
Cirurgia 175 - 1421-1422

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 1442

Operação em D.D. H solo sedoanalgésico
Anestesia e Analgesia
Bloco cirúrgico de corpo inteiro
Indo para o bloco e deitado em ortélide e com
diminuição de plomo de gás e sedoanalgésico
Bloco cirúrgico com auxílio de Dr. de Góes
sendo uma placa em cada gástrico com
gesso fixado em cada placa. Reduziu
compressão com auxílio de interlinjado de
massagem
Sutura por placa com Nylon Vicryl 00
MC 4mm 5K0.92
Anestesia
Dr. R. D. D.

DN 709.01.1985

PRE-ANESTESICO

Nombre:	Julián	Apellido:	Francisco	Romero	R	Enf.:	106	Lito:	03	Serv:	Introducción
Sexo:	Varón	Edad:	36 años	Peso:	100 Kg	AS:		Cleco:	04/02/20	Hora:	7:00 P.M./Anestesiología
Domicilio:	Introducción de antibiótico en 5/12 para accidente de tránsito de natura de antibiótico										
Clínico:	Introducción de natura de antibiótico										
Armed. Ant:	sin riesgos pediátrico										
Alergia:	Aspirinosis										
Alcohol:	X										
Fumar:	X										
PROBLEMAS:	Cefalea, faringitis, hipertensión, hipotensión, hipotensión, hipotensión, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfato de magnesio, litio, otros. N.P. V.P. Urticaria de masticación, masticación, masticación										
Estado Mental:	V.P. - Intuición masticación										
Posición:	Boca abierta										
RR:	Pulso: 100 latidos/min										
Fr:	Piel: 36.5°C										
Bradícardia:											
Oxígeno:											
Primeras Clínica:											
PA:	Estilo:	Temperatura:									
nunca operado de PA disponibilidad no bloco.											
Medicamento:	Form - A.M.	DOSE:	VIA:	HORA:							
Est. Fis (ASA): 1 AN. Propósito: 2 Urticaria de masticación											
N/A											
Dra. Marisa Pinto Anestesiologista mariapinto33@outlook.com											

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SAÍDA DE RECUPERAÇÃO

Fecha _____ Hora _____
Pacientes enjuiciados en relación
con la vivencia de los padecimientos
asociados a las catalogadas

PAI: GELLEB SG - 1944
PS: HUGO H. E. 1944, G. R.
1944-01-01 1944-01-01
ALTERATION: *Amputation*

06/06/2023 7:00

John C. Clegg
John C. Clegg Hospital



Julian Jose Farias Romano

04/08/2020

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Extrato 100 mg (IV)
midazolam 2 mg (IV)

8:50 10:50 11:50 12:50

15 20 25 30 35 40 15 20 25 30 35 15 20 25 30 35

AGEN
TÉR
MÉD
SIST
LÍQUIDOS
VÍSCERA
A M SF SF SF SF
S 505 500 500 250

PA 240
X 220
URÉT 200
ANÉS 180
X 160
CP 140
O 120
TEMP 100
ASPRIL 80
A 60
RESP 40
6 20

Espera
Alerta
Comissão

SÍMBOLOS 2 3 4 5 6

ANESTÉSICAS DOSES TEMPO DE ANESTÉSIA

Propofol 0,5% 180mg Bloqueio de plexo
Bíclavane 1% 350mg Bradicinjal F 100
- 100 mg
- 100 mg
- 100 mg
- 100 mg
- 100 mg

ANOTADAS

1) Ponto de S.O. sob cobre, na
2) Anestesia e extirpação d
anestésico tóxico com ala
comprimidos estériles, identific
esterile e plexo superior
engessar ou redor do plexo
Propofol 150 mg +
200 mg + Iodotiglicina de

GLUCOSE LÍQUIDOS

Urina - Urina 100 ml
Máscara / Ondasurfer - Dripa
Gas - Tampão - Difusor de Tyco
Sob máscara
extubação facilitada

TEMPO DE ANESTÉSIA

TOTAL 1750 ml 3:50

OPERAÇÃO

Osteosíntese de Artroplast. F

ANESTÉSICA

COXO

PERDA SANGUÍNEA

B3 ^{SEARCHED} ^{INDEXED} ^{CRIMINAL}
D'Amille

for sonother

di Alberto

ester 6 e infusão avulsiva de
plex com Regmarate 30mg e
Ulcocain 150mg

③ left maxilla 12 IV

④ Dexamethasone 10mg (I)

5 Dextromethorphan 40mg (IV)

⑥ midazolam 5 mg (iv)

Capítulo de Ortopedia: Igrezinha

PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: _____		End.: _____	Leito: _____	Sexo: _____
Sexo: _____	Cor: _____	Idade: _____	Peso: _____	Alt: _____
Diagnóstico: _____		Classe: _____ Data: _____ Hora: _____		
Gênero: _____		Pai: _____		
Amar. Am: _____		Sangue: Tipo: _____ Leuc: _____ HI: _____ Ho: _____		
Profissão: _____		Hb: _____ Lc: _____ Is: _____ a. Lact: _____		
Alcool: _____ Fumo: _____		r. Corp: _____ Pg: _____ Urina: _____		
DROGAS: _____ (corticoides; fenotiazínicos; hipotensor, narcóticos; hipoóticos; digitálico, anticoagulantes, diuréticos; anfetínicos, sulfato de cromoferato, INAO, outros)		creat: _____ Glic: _____ Na: _____ mEq/L		
Estado Mental: _____ Bem: _____		Cl: _____ mEq/L _____ mEq/1pH: _____ pO2: _____		
Peculiar.: _____ Vóies: _____		pCO2: _____ DA: _____ BB: _____ BS: _____ BE: _____		
EV: _____		URINA: d: _____ pH: _____ glic: _____ Alb: _____		
Ex. ex: _____		Sedim: _____		
Hab. profissão: _____		AP. gen. Ur: _____		
Outros: _____		AP. Resp: _____		
Proceder Clínico: _____		AP. Circ: _____		
EV: _____ Pálpa: _____ Temperatura: _____		AP. Dig: _____		
Medicamentos: _____		S. Ostec - Ad: _____		
Dose: _____		S. Nerv: _____		
VIA: _____		S. Endoc: _____		
HORA: _____				
Est. Fis (ASA): _____ AN. Prognose: _____				
NR: _____				
Assinatura: _____				

PÓS-ANESTÉSICOS

<p>NA SALA DE RECUPERAÇÃO</p> <p>24/02/2020</p> <p>Alto do S. P. P. para o Bleca S. C. de Almeida excesso, dor, resfriado</p>	<p>NA ENFERMARIA</p> <p>Hora: 13:30</p> <p>Data: _____</p> <p>Hora: _____</p>
<p>R.3 Danielle</p> <p>Dr. Alvinson</p>	<p>Assinatura: _____</p> <p>Assinatura: _____</p>



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NO ME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA		
Julian José Barros Rovendo 363	CIRURGIA	577764	04/10/70		
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Intervenção de natureza de antibiótico		INICIO: 10:25	FIM: 17:15		
EQUIPE MÉDICA		TEMPO TOTAL			
DR. CIRURGIAO	DR. Alberto	ANESTESISTA:	DR. Ubirajara		
DR. AUXILIAR	DR. Jonathan	RES. ANESTESIA:	DR. Daniel		
DR. AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
CIRCULANTE		Sala 1 Orange			
TIPO DE ANESTESIA: BFB		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCT'S COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS - SORO FISIOLOGICO	
	PACOTES GAZE			FRASCOS - SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS - SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		10	FIO VICRYL N° 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.0		11	FIO MONONYLON N° 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LÂMINA BISTURI N° 10/15			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL atordadeira evlon 30 cm	
	SERINGA 03ML			CERA PROSSO - alcool 70% 150ml	
	SERINGA 05ML			KIT CATARATA N°	
	SERINGA 10ML			Vidradinho lópicio 10ml	
	SERINGA 20ML			GEOFOAM - Catetos 02	
	gelo N° 70		1	FAIA CARDIACA E EQUIPO MACRO	
				OUTROS: gelados	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA CIRURGIA: VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS
	Erica	SUB- TOTAL
	Isolina	
INSTRUMENTARIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA
	6ta	TAXA DE ANESTESIA
	Orange	SOMA
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CÍRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade:	Procedimento Realizado:		
Nome do Paciente:	IDADE:	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	Nº do Prontuário	Data
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Saia	Circulante de Sala:

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Dados dos materiais/Serviços

Hospital Geral de Roraima ()	Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT
		1
		0
		0
		0
		4
		4
		0
		4

MÉDICO CIRURGÃO: Dr. JONATHAN
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do joelho
CRM-RR 1759 TEOT 1421
INSTRUMENTADOR: CRM-RR 1759 TEOT 1421

12. AUXILIAR:

INSTRUMENTADORES

MÉDICO CIRURGÃO

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORES

1º VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE

28 OPME/CMF

Hospital Geral de Roraima
Av. Brito de Oliveira Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 • Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0537
E-mail: sgt.mr.hen@gmail.com

Enfermeiro (a): Joelma A. RibeiroHora: 10:30 Data: 03/02/23

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO E CHECAGEM
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Queda Prevenir queda	<input type="checkbox"/> Manter grades elevada na RPA	<u>14</u> <u>14</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Monitor nível de Consciência / reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutição na RPA	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Infecção Prevenir infecção evitável	<input type="checkbox"/> Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos <input type="checkbox"/> Monitorar sinal e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia)	<u>14</u> <u>14</u>
<input type="checkbox"/> Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido – básico	<input type="checkbox"/> Monitorar temperatura e comunicar alterações <input type="checkbox"/> Monitorar sinal e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)	
<input type="checkbox"/> Risco de Glicemia Instável Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia	<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosidades, edema, pulso e frequência cardíaca) <input type="checkbox"/> Realizar controle de débito de glicose capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl	
<input checked="" type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele	<input type="checkbox"/> Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações <input type="checkbox"/> Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções	<u>14</u> <u>14</u>
<input type="checkbox"/> Mobilidade Física prejudicada	<input type="checkbox"/> Proporcionar alinhamento do corpo do paciente	
<input type="checkbox"/> Dor aguda Controle da dor e promover conforto	<input type="checkbox"/> Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração) <input type="checkbox"/> Administrar medicação conforme prescrição médica	<u>14</u> <u>14</u>
<input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	<input type="checkbox"/> Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar <input type="checkbox"/> Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica	
<input checked="" type="checkbox"/> Náuseas Controle / Ausência de náusea	<input type="checkbox"/> Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas <input type="checkbox"/> Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição	<u>14</u> <u>14</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade Controle de ansiedade	<input type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	<u>14</u> <u>14</u>
<input type="checkbox"/> Confusão Aguda / Crônica	<input type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
<input type="checkbox"/> Comunicação Verbal prejudicada.	<input type="checkbox"/> Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório	

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Pac. admitido na sala 01 (p) ost. fratura de antebraço (R) sala B.P.B. + feridas - posterior direita

Sala:

Responsável:

Ribeiro

106-3



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HGR



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																					
PACIENTE		<i>Julio Cesar Ferreira, 2001</i>																						
AGNÓSTICO		<i>doença da articulação</i>																						
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2																				
IDADE		LEITO	106-3	DATA																				
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO																				
1	DIETA ORAL LIVRE			5N1																				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			MANTER																				
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H			14.00																				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			14.10																				
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			06																				
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																				
12																								
13																								
14	<i>Julio Cesar Ferreira</i>																							
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			ROTINA																				
18	CURATIVO DIÁRIO Medico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1984			ROTINA																				
19																								
20																								
21																								
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 DLML, GLICOSE 50% 40ML EV + AVISAR PLANTONISTA																								
Evolução médica: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LETO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACANÓTICO, ANÍCTERO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:																								
SINAIS VITAIS <table border="1"> <tr> <td>6 H</td> <td>120x84</td> <td>FC 72</td> <td>FR 22</td> <td>76/12</td> </tr> <tr> <td>12 H</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>76,0</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>115x74</td> <td>85</td> <td>22</td> <td>76,1</td> </tr> </table> MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					6 H	120x84	FC 72	FR 22	76/12	12 H					18 H	140/90	105	22	76,0	24 H	115x74	85	22	76,1
6 H	120x84	FC 72	FR 22	76/12																				
12 H																								
18 H	140/90	105	22	76,0																				
24 H	115x74	85	22	76,1																				

*1801 paciente no auto
 04/05/2010 paciente no leito flete
 02/05/2010 preservados após mpr.*

J06-3

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			
AGNOSTICO: FX ANTEBRAÇO E			
ALÉRGIAS		HAS	NEGA
IDADE		LEITO	106-3
ITEM		PRESCRIÇÃO	
1 DIETA ORAL LIVRE		SN D	
2 ACESSO VENOSO PERIFERICO		Rotina	
3 SF 0,9% 500ML EV 12/12H		J4 02	
4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H		12 19 24 06	
5 SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 H SN		SN	
6 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN		SN	
7 NALBUFINA 10 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		06 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			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 8UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
ENCONTRO MÉDICO: #ENCONTRO: PACIENTE DETALDO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, AÇIATÓTICO, ANICRÉTICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA			
SINAIS VITAIS		6 H	PA
		FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			
DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 2028			



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Juliano José Farias
Responsável Cirúrgico Dr. Alconde Júnior

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- Identidade
 Sítio Cirúrgico
 Procedimento
Consentimento Sim Não

RISCO CIRÚRGICO

- Aplica Não se Aplica

SÍTIOS DEMARCADOS

- Sim Não Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXIGÊNIO 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 SANGUÍNEA > 500 ml

- Não
 Sim, é acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

3 Dantelle
Dr. Alconde

Assinatura

Horas: 9:40

Data: 04/02/2020

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dr. Ubirajara

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
 Sítio cirúrgico
 Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

1- REVISÃO DO CIRURGIAO:

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

2- REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

3- 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: Lupe estérile 1 p Horas: 10:00

AS IMAGENS ESPECIAIS 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 Aplica

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

- Sim Não Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PRÓBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

- Sim Não

4- CIRURGIAO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

- Sim Não Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

Carimbo: 614814

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 Edson Lobo Soárez ANOS,

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 27/02/10 COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de tibia e perna

NO DIA 04/03/10 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Fratura de tibia e perna SENDO
OPERADO PELO DR. Edson Lobo Soárez E DR. Waldemar

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 27/03/10 ÀS 16:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1/11/10 ÀS 14:00 COM O
DR. Waldemar

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.

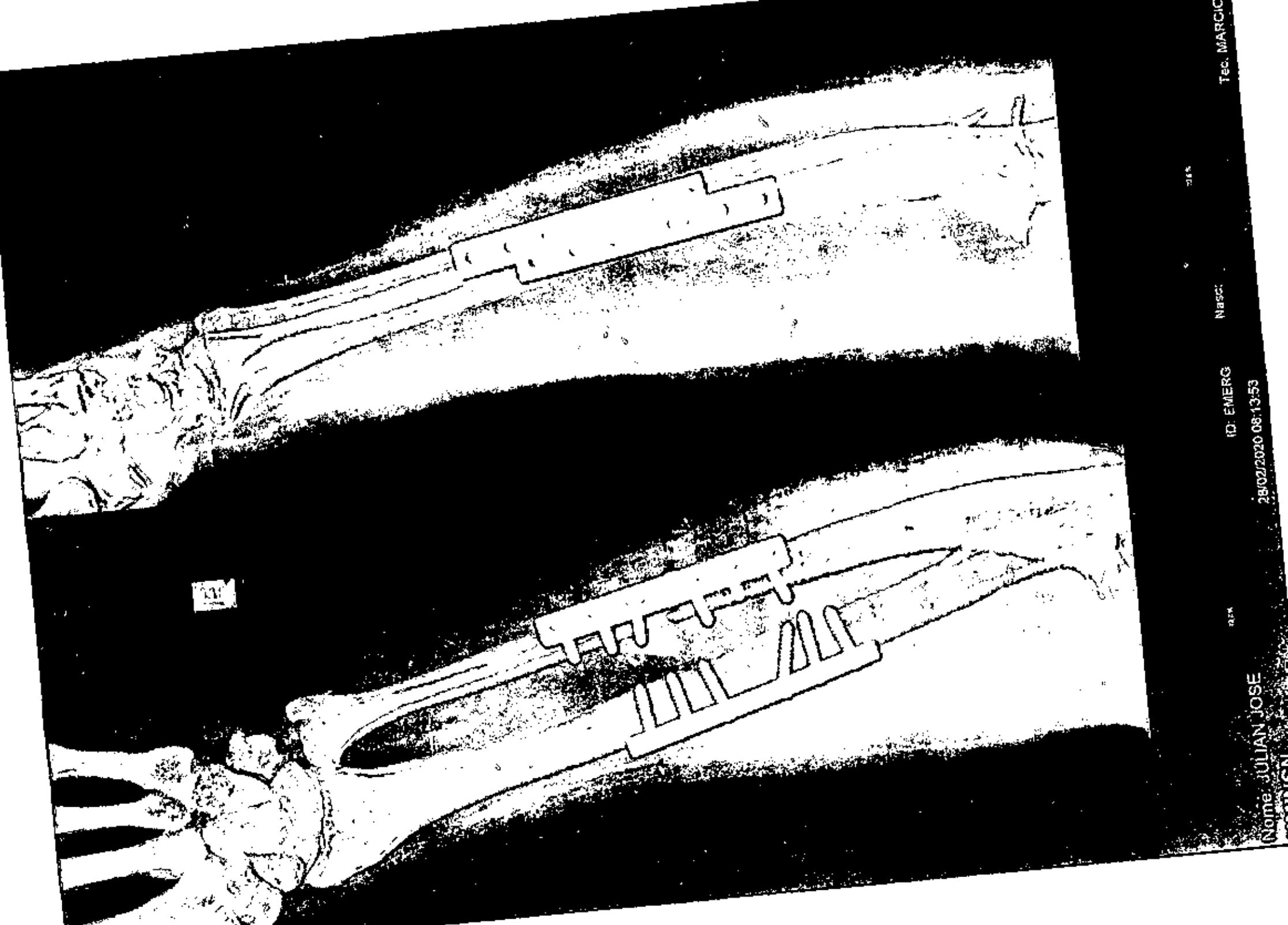
Medico Resid
Ortopedia e Traumatologia
CRM-R 12024

BOA VISTA

05/02/10

MÉDICO

 Sistema Único de Saúde Brasão		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) 880005839415538				8 - DATA DE NASCIMENTO 09/01/1983		9 - SEXO 1 - Masculino	
10 - NOME DA MÃE CARMEM MARIA ROMERO				11 - RACA / COR PARDA		12 - ETNIA 10.1 - Etnia	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL JULIAN JOSE FARIAS ROMERO				14 - TELEFONE DE CONTATO (95) 99125-9181		15 - TELEFONE DE CONTATO (95) 99125-9181	
16 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO) RUA: FOZ DO IGUAUÇU - 225 - EQUATORIAL				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 140010		18 - UF RR	
19 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BOA VISTA							
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS 							
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A 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 (CNS / 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 VIOLENCIAS)							
36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO				39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - N.º DO BILHETE	
37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				42 - CNPJ DA EMPRESA		41 - SÉRIE	
38 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				43 - CNPJ DA EMPRESA		44 - CBOF	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO		<input type="checkbox"/> EMPREGADOR		<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO		<input type="checkbox"/> INDEMPREGADO	
<input type="checkbox"/> INDEMPREGADO		<input type="checkbox"/> INDEMPREGADOR		<input type="checkbox"/> APOSENTADO		<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				AUTORIZAÇÃO			
47 - CNPJ DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				50 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
48 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS		49 - N.º DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR <input type="checkbox"/> CPF		51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>1/1</i>							



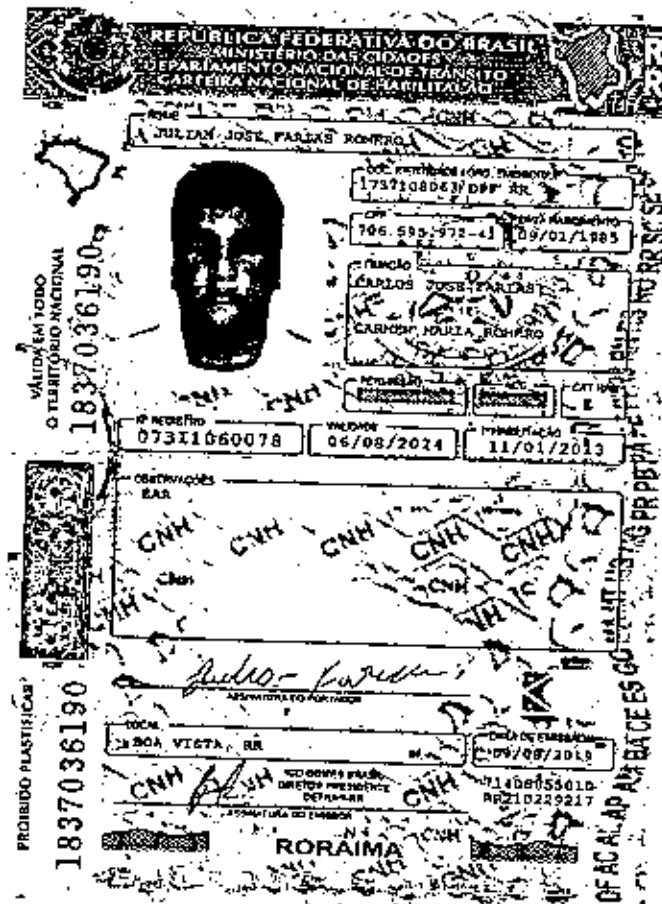
Nome: JULIAN JOSE
Cognome: C

ID: EMERG
Data: 28/02/2020 08:13:53

Nasc:

Fee: MARCIO







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 URNA 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



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 - 02: DAT.

NOME: JULIAN JOSÉ FARIAS ROMERO

NOME SOCIAL: PREJUDICADO

NACIONALIDADE: VENEZUELANA

NATURALIDADE: SUL DA BOLÍVIA/VE

IDADE: 34 ANOS

SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

COR: PARDA

PROFISSÃO: ELETROMECÂNICO

ESCOLARIDADE: PREJUDICADO

DOCUMENTAÇÃO: CPF. Nº 706.595.972-41

TELEFONE: 99137-5022

FILIAÇÃO: CARLOS JOSÉ FARIAS e CARMEN MARIA ROMERO

ENDERECO: 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 taia gessada, edema local e sutura da lesão contundente no antebraço esquerdo.

AUTENTICAÇÃO

Esta atesta coherente com o documento
original que foi apresentado em Cartório
Boa Vista/RR, 22/01/2020.

DISCUSSÃO:

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

CONCLUSÃO:

- Periciando vítima de ação contundente e conto-contundente.

QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:

- 1º Há ofensa à integridade física ou a saúde? **SIM.**
- 2º Qual o instrumento ou meio que a produziu? **CONTUNDENTE E CORTO-CONTUNDENTE.**
- 3º Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel (resposta especificada)? **NÃO.**
- 4º Houve Perigo de vida? **NÃO.**
- 5º Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM.**
- 6º 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.**

Por ser versátil digital este documento que depois de revisado e assinado conforme, será estornado pelo profissional que elaborou o laudo. Boa Vista/RR, 22/01/2020.

Macielle L. F. Carvalho
Médica Legista
CRM 692

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).



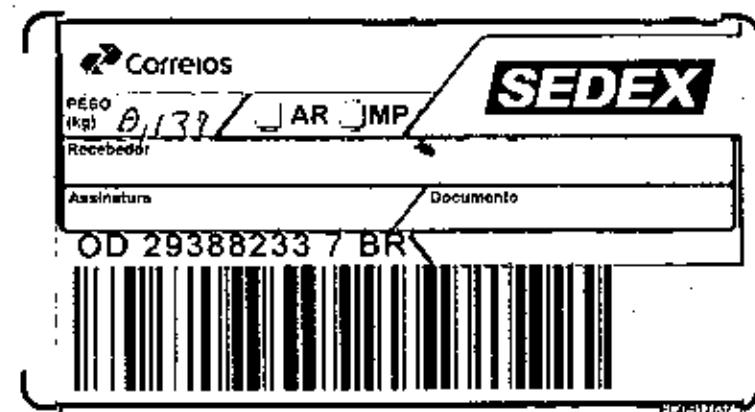
Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



06-07-2020



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient

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

ATENDIMENTO





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.

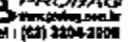
SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia

[dpvat_oficial](https://www.instagram.com/dpvat_oficial) [DPVAToficial](https://twitter.com/DPVAToficial) [DPVAToficial](https://www.facebook.com/DPVAToficial) [seguradora-lider-dpvat](https://www.linkedin.com/company/seguradora-lider-dpvat)

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
<i>Juliana José Farias Romane</i>		99137-5022	
ENDEREÇO / Address		Email: Noeliaoliveira715@gmail.com	
<i>Rua Foz do Iguaçu nº 225 B - Iguaçuine</i>			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
69317-330	Boa Vista	RR	Brasil
 RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE		 PROBAG www.probagnet.com.br Tel: (61) 3204-2200	

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)	
1 ^a / / às 2 ^a / / às 3 ^a / / às	
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico <i>Information provided for doorman or condo manager</i>	
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em _____ <i>Reinstated to service post</i>	
Data / / Responsável _____	

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: *Julio Cesar Jose Ferreira Romano*
 Data do Acidente: *05/12/2010* 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 receituários médicos (originals)
 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 (A) 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 Condiliação (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): *Julio Cesar Jose Ferreira Romano*

Quem é o portador?	<input checked="" type="checkbox"/> Vítima	<input type="checkbox"/> Beneficiário	<input type="checkbox"/> Representante Legal	CPF do portador:
				<i>406.595.972-41</i>

E-mail:	Tel.: <i>(15) 99137-5022</i>
---------	------------------------------

Data: *26.06.2020* | Assinatura *Julio Cesar Jose Ferreira Romano*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): *AC BVA*

Atendente: <i>Breno Souza Monteiro</i>	Matrícula: <i>85771047</i>
--	----------------------------

Data: <i>26/06/20</i>	Assinatura <i>Breno Souza Monteiro</i>
-----------------------	--

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: *Juliana José Farias Romano*
 Data do Acidente: 05/12/2019 Possui CPF: Sim Não N° 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 receituários 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))

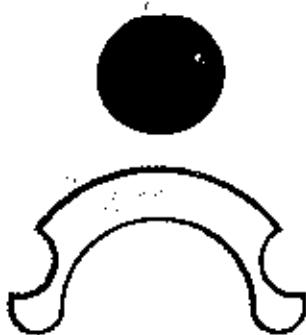
- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
 Outros Documentos apresentados:

POR TADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): *Juliana José Farias Romano*
 Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante legal
 CPF do portador: *406.595.972-41*
 E-mail: *195199137-5022*
 Data: *26/06/2020* Assinatura *Juliana Farias*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): *ACBVA*
 Atendente: *Bruno S. Monteiro* Matrícula: *80701047*
 Data: *26/06/20* Assinatura *Bruno S. Monteiro*



Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



24/08



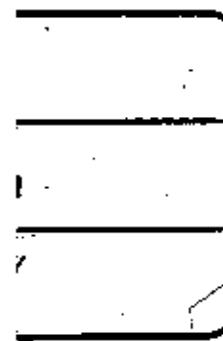
SINISTRO 3200253117

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient

SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT
S/A
RUA DA ASSEMBLEIA,100 24º ANDAR
RIO DE JANEIRO
CEP: 20011-904

CENTRO
RJ



ATENDIMENTO





**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

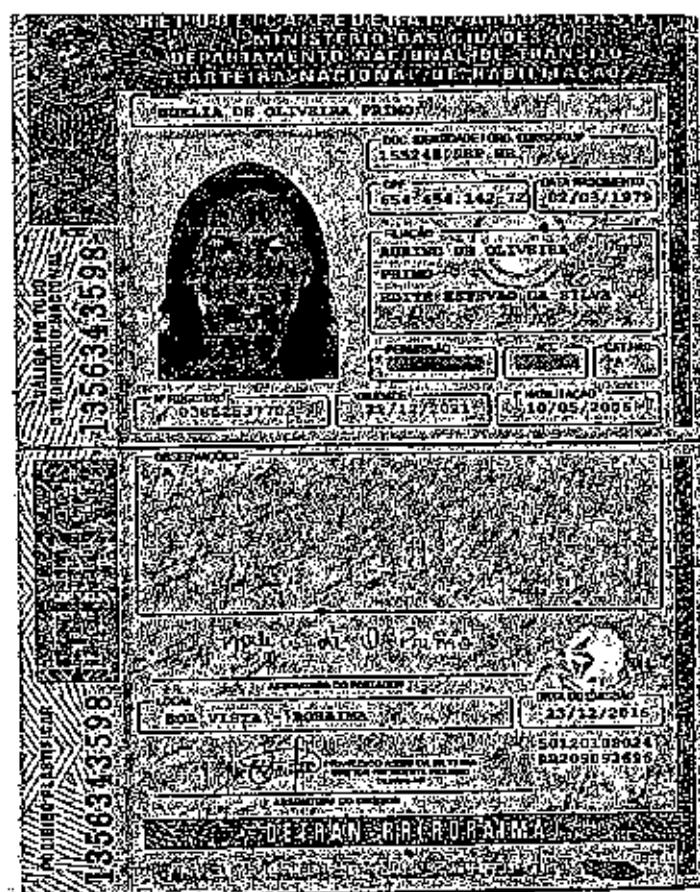
ATENDIMENTO

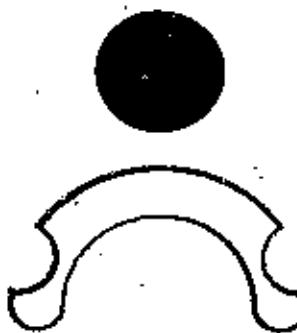


BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
<i>Julian José Farias Romero</i>			
ENDERECO / Address			
<i>Rua Foz do Iguacu, 225 Equatorial</i>			
CEP / Zip	69317-330	CIDADE / City	Boa Vista
RR		UF/State	PAÍS / Country
32 00 25 317		PROBAG www.probag.com.br Tel: (50) 3204-2900	
"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"  			

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 (Unclaimed)	<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 <i>Information provided for doorman or condo manager</i>											
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em _____ <i>Reinstated to service post</i>											
Data _____ Responsável _____											





Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



09. 30



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 0
10
10
country

ATENDIMENTO





Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

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

REMETENTE / Sender

Julio José Faria Romulo Rua Foz do Iguaçu

TELEFONE / Phone Number

ENDEREÇO / Address

Rua Foz Do Iguaçu 925

CEP / zip

49317-330

CIDADE / City

UF/State

PAÍS / Country



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



PROBAG
www.probagn.com.br
Tel: (021) 2334-2900

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

ATENDIMENTO



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)

(Cn15)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1º <u> </u> / <u> </u> às <u> </u> / <u> </u> às <u> </u> / <u> </u> | <input type="checkbox"/> 2º <u> </u> / <u> </u> às <u> </u> / <u> </u> às <u> </u> / <u> </u> | <input type="checkbox"/> 3º <u> </u> / <u> </u> às <u> </u> / <u> </u> às <u> </u> / <u> </u> |
| <input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico
<i>Information provided for doorman or condo manager</i> | | |
| <input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em <u> </u> / <u> </u> | | |

Data / Responsável -----

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

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 23 de 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 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 - N° do sinistro ou ASL: **00046044 12089** 3 - CPF da vítima: **706595972-41** 4 - Nome completo da vítima: **Julian José Farias Romano**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: **Julian José Farias Romano** 6 - CPF: **225**
 7 - Profissão: **Estudante** 8 - Endereço: **Rua Fogo do Iguaçu** 9 - Número: **225** 10 - Complemento: **Casa**
 11 - Bairro: **Bogatá** 12 - Cidade: **Bonito** 13 - Estado: **PR** 14 - CEP: **69317330**
 15 - E-mail: **Noeli.oliveira-414@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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

Nome do BANCO: **Itaú**

AGÊNCIA: **6953**

CONTA: **26159 8**

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário: **Julian José Farias Romano**
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): **706595972-41**

Julian José Farias Romano

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): **706595972-41**

Julian José Farias Romano

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): **Julian José Farias Romano**

40 - Local e Data: **Boa Vista - PR**

Julian José Farias Romano

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Número do sinistro ou ASL: **00046044/2089** 3 - CPF da vítima: **406595972-41** 4 - Nome completo da vítima: **Juliano José Farias Romano**

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

5 - Nome completo: Juliano José Farias Romano	6 - CPF: 225		
7 - Profissão: Estudante	8 - Endereço: Rua Fog do Iguaçu	9 - Número: 225	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Brigadeiro	12 - Cidade: Boa Vista	13 - Estado: RR	14 - CEP: 69317330
15 - E-mail: Noeli.oliveira-414@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 da Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão da 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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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 (343)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **6963**

CONTA: **261598**

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário que assinou o pedido
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
406595972-41
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
Juliano José Farias Romano
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Boa Vista - RR**
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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:
320025317

3 - CPF da vítima:

70659597241 - **Juliana Soá Farias Romano**

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Juliana Soá Farias Romano

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Rua 103 dos Iguazu

9 - Número:

225

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Equatorial

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

R.P.

14 - CEP:

69317330

15 - E-mail:

equipe@tryamor.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:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO:

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Itaú**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0953**

CONTA: **26159**

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 SÓMENTE 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 Lider 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 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 SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos 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 Lider 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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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
SÓO DISP P/APLIC HOJE 23,92

LANCAMENTOS PARA O DIA -----
07/10 SEGURO CARTAO 7,90-
A,G - AGENDAMENTO/APLICAÇÃO PROGRAMADA SUJEITOS
A CONFIRMAÇÃO DE SALDO NA DATA PRÉVISTA. -----FIM
P: LANCAMENTOS EM PÓUP SALARIO

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

CIPTUR

Nº 811397

VTR	SUOp	Data	S/Seção	H/Transm	H/Ini	H/Fim	H/Fim
0:0	CIPTUR	05/12/2019	OESTE	16:30	16:30	16:35	17:30

Cód. Og.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prést.	Km/Ini.	Km/Fim
1001/1003	13999		XXXX	XXXX

LOCAL DE OCORRÊNCIA

AV ATAIDE TEIVE C/ AV. DOS CORRETORES DE IMOVEIS Bairro EQUATORIAL Ref: CAIXA ECONOMICA

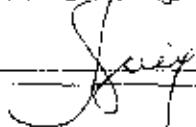
PESSOAS RELACIONADAS

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	

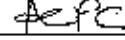
VEÍCULOS/DANOS

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.

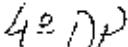
ASSINATURA



CARGO



LOCAL



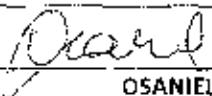
HISTÓRICO

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 VEÍCULOS, FOI NECESSÁRIO A RETIRADA DOS VEÍCULOS DA VIA, PARA NÃO HAVER OUTRO ACIDENTE.

LOGO EM SEGUIDA OS VEÍCULOS FORAM LIBERADOS NO LOCAL.



OSANIEL

40.230-3

Cadastro

2º SGT PM

Posto/Graduação

CIPTUR/CPC

SUOp





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: Debora 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: Ataíde Teive
Complemento: Próximo à Avenida Corretores de Imóveis
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPÓRAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ROBERTO DOS SANTOS ARAÚJO (SUPÓSTO 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 Nº: 153
Bairro: Dr. Silvio Botelho

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 Nº: 225
Complemento: Casa
Bairro: Equatorial
Telefone: (95) 99125-9181 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00046044/2019

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
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 73616783	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 Maio Empregado	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Roberto dos Santos Araújo	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motonete
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 Faria 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 à 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
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00046044/2019

Jefferson Inácio Araújo
Agente de Polícia Civil
Mat. 042000008
Assinatura

Jefferson Inácio Araújo
Agente de Polícia
Matrícula 42000008
Responsável pelo Atendimento

ASSINATURAS

DAT
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

*Declaro para os devidos fins do direito que sou eu (o(s) único(s) responsável pelas informações acima esboçadas o cliente que poderei responder civil e criminalmente pelo presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Convenção Celulosa e 340-Comunicação Falso do Crime ou de Contravenção 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: 00000026159-8

Autenticação:

CB827D12027DBC5EA342ADB28F431847E93544AE8551E0713192E71C02FDA87A