

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:
2932760720201210173351

Processo 0830125-71.2020.8.23.0010 - (16 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)												
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"/>																	
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9																	
500 por pág. 1																	
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por														
9	10/12/2020 17:33:51	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">9.1 Arquivo: Petição</td><td style="width: 40%;">Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="width: 20%; text-align: center;"> 2772382CONTESTACAO01.pdf</td><td style="width: 20%; text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>9.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: center;"> 2772382CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: center;"> KITSEGURADORALIDER.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> </table>						9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2772382CONTESTACAO01.pdf	Público	9.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2772382CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público	9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2772382CONTESTACAO01.pdf	Público														
9.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2772382CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público														
9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público														
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO) em 09/12/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (26/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.																	
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (26/11/2020)																	
6	26/11/2020 14:51:23	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado														
5	24/11/2020 15:59:45	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ														
4	24/11/2020 15:59:45	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ														
3	24/11/2020 15:59:45	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ														
2	24/11/2020 15:59:45	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ														
1	24/11/2020 15:59:44	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado														



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, 28 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200344047

Vítima: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 28/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16164795





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, 07 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200344047

Vítima: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 28/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000031221-3

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





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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
2859282-25 Roberto Petrólio da Silve Filho

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

5 - Nome completo: **Roberto Petrólio da Silve Filho** 6 - CPF: **008.359.282-25**
7 - Profissão: **autônomo** 8 - Endereço: **Ru: Getúlio Vargas de Pinho 116** 9 - Número: **116** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **SNC** 12 - Cidade: **Bonito** 13 - Estado: **RN** 14 - CEP: **69.316-909**
15 - E-mail: **99113-3855**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **8526** CONTA: **31221** (3) (Informar o dígito se existir) (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 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 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 prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: -
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima Sim Não pais/avós vivos? 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 **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, **Bracoluto, RN, 17 de Setembro de 2020**
+ **Roberto Petrólio da Silve Filho**
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **William Gonçalves**
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Fis: 1

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00008950/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/02/2020 18:48:55 Data/Hora Fim: 28/02/2020 18:48:55
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 811810 SERIE J Data: 28/02/2020
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 28/02/2020 14:38

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Mecejana

Logradouro: AV. MARIO HOMEM DE MELO COM RUA SABIA

Nº: FRENTE 1757

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

Meio(s) Empregado(s)

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Social: CB PM

Nome Civil: SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Policial Militar

Nome da Mãe: Pj

Naturalidade: Boa Vista - RR

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: CIPTUR

Nome Civil: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 24

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG: 349823-9

CPF: 008.359.282-25

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AV. GETULIO CORREIA DE PINHO

Nº: 16

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Nome Civil: FABIANO DOS SANTOS CASTRO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 35

Profissão: Militar do Exército

Estado Civil: União Estável



Impresso por: Hualacy Seelig Soares de Souza
Data de Impressão: 11/09/2020 15:17:23

Página 1 de 3
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fls: 2
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00008950/2020

Documento(s)

CPF: 811.289.402-72

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: AV. GENERAL SAMPAIO
Complemento: 7º BIS
Bairro: TREZE DE SETEMBRO
Telefone: (95) 99121-6757 (Celular)

Nº: SN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição HONDA/CG 150 TITAN ES

Placa NAR0747

Número do Motor RR0001484

Ano/Modelo Fabricação 2006/2006

UF Veículo RR

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ES

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 385.163.062-91

Renavam 00889046468

Número do Chassi 9C2KC08506R856382

Cor PRATA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG 150 TITAN ES

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 10/11/2017

Nome Envolvido

Roberto Petronio da Silva Filho

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SEGUNDO RELATO DO ROP PM:

"FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER A UMA OCORRÊNCIA DE TRANSITO COM VITIMA NO ENDEREÇO ACIMA DESCrito, CHEGANDO AO LOCAL ENCONTRAMOS O ITEM 02 SENDO ATENDIDO PELA EQUIPE DO SAMU E CONDUZIDO PARA O PRONTO SOCORRO PARA ATENDIMENTO MAIS ESPECIALIZADO. O ITEM 01 NOS RELATA SENTIDO RUA DO SANHAÇU, QUE PAROU NO CRUZAMENTO COM A AVENIDA MARIO HOMEM DE MELO, QUANDO ESTAVA FINALIZANDO A TRAVESSIA DA AVENIDA, SENTIU UM FORTE IMPACTO NA TRASEIRA COM CAMINHÃO. AO SAIR PARA VERIFICAR, ENCONTROU O ITEM 02 CAÍDO AO CHÃO. O ITEM 02 SEGUIA PELA AVENIDA MARIO HOMEM DE MELO EM SUA MOTOCICLETA (NAR 0747, HONDA /CG 150 TITAN, COR PRATA), SENTIDO CENTRO BAIRRO, POREM ESTAVA SEM CONDIÇÕES DE DAR SEU RELATO. O ITEM 02 NÃO É HABILITADO, FOI FEITO AUTO DE INFRAÇÃO NUMERO SE00299176. A MOTOCICLETA ESTA DEVIDAMENTE LICENCIADA E FOI ENTREGUE AO SENHOR GEMILSON LIMA DE ALMEIDA, CNH 04666183091, CATA. O ITEM 01 É HABILITADO EM SUA CATEGORIA E TRABALHOS NO LOCAL. FOI ACIONADO A PERICIA DA POLICIA CIVIL E O MESMO INFORMOU QUE POR SE TRATAR DE VÉICULO OFICIAL FEDERAL, PERICIA NÃO ERA DE SUA COMPETENCIA. FOI ACIONADA A PERICIA DA POLICIA FEDERAL E A GUARNIÇÃO AGUARDOU POR 50 MINUTOS E OS MESMOS NÃO COMPARECERAM AO LOCAL DEVIDO AO GRANDE FLUXO DE VEICULO NO LOCAL, APOS PERICIA DO EXERCITO, A VIA FOI LIBERADA. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

Fls: 3
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00008950/2020

ASSINATURAS

Luciene Marques da Costa

Agente de Polícia

Matrícula 42000330

Responsável pelo Atendimento

Nome Social: Cb Pm

Nome Civil: Silva

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e certa que poderão responder civil e criminalmente pelo presente declaração que devo, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Constituição do Código Penal Brasileiro."

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
e a reprodução são do Original.

Boa Vista, 11 de Setembro de 2020
Rustam Soares de Souza nº 00016684
Assinatura



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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
2859282-25 Roberto Petrólio da Silve Filho

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

5 - Nome completo: **Roberto Petrólio da Silve Filho** 6 - CPF: **008.359.282-25**
7 - Profissão: **autônomo** 8 - Endereço: **Ru: Getúlio Vargas de Pinho 116** 9 - Número: **116** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **SNC** 12 - Cidade: **Bonito** 13 - Estado: **RN** 14 - CEP: **69.316-909**
15 - E-mail: **99113-3855**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **8526** CONTA: **31221 3**
(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 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 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 prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: -
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima Sim Não pais/avós vivos? 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 - 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, **Bonito - RN, 17 de Setembro de 2020**
+ **Roberto Petrólio da Silve Filho** + **William Gonçalves**
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPP.001 V002/2019

ITAU - 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: 05/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

BANCO: 341

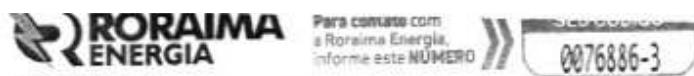
AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000031221-3

Autenticação:

FD527185D3981CAACC94A856CAA8C1B8A4DC4E314E455578CDF450180D2D35D7





RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Gárcia, 651 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-64 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão Autorizado pela SEFAZ 366/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

0076886-3

Nº DA NOTA FISCAL 5581939 FCAM*
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é
criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2020	01/08/2020	231	206,63

RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 000627213669300
AV GETULIO CORREIA DE PINHO 16 - SENADOR HELIO CAMPOS
CEP: 69.316-402 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA			
Atual:	15/07/2020	Anterior:	13/06/2020 Próxima leitura: 15/08/2020
Emissão:	14/07/2020	Apresentação:	15/07/2020 Dias de consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.3	RESIDENCIAL	TRIF	TDT1918694	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (KWh)					
KWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	KWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	KWh INTERMED.	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	718	-	-	-	-
Leit. Anterior	479	-	-	-	-
Constante	1.000	-	-	-	-
Resíduo	-	-	-	-	-
Medido	231	-	-	-	-
Faturado	231	-	-	-	-

DESCRICAÇÃO DA CONTA

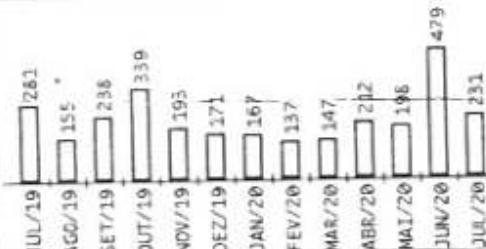
CONSÚLIC	231 A R\$ 0,755234 =	174,45
CORRECÃO MONETÁRIA IG 05/20-00		0,57
MULTA POR ATRASO DE I 05/20-00		1,63
JUROS DE MORA POR ATR 05/20-00		0,31
MULTA POR ATRASO 05/20-00		2,98
JUROS DE MORA DE IMPO 05/20-00		1,74
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		27,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

DATA DE TRIBUTO
A 231 - 06/07/2020

Média 12 meses: 226

HISTÓRICO DE MEDIDAÇAO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 08/07/2020, em função das contas realizadas neste faturamento. O não pagamento impõe o encerramento também e inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) contas pendente(s) e/ou revisão(s) no valor de R\$ 156,07. (Valor MÍNIMO PTO: 0,05%). Seu(a) terceiro(a) faturado(a) o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
06/2020 397,14

LIGUE 0800#19120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 15/11/16/21/26

RESERVADO AO FISCO 7BED.E8EB.C99E.ZAAC.771S.57A4.7C11.F328

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	95,48
DISTRIBUIÇÃO:	41,83
Transmissão:	0,00
Encargos:	5,40

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,85	17,70	35,40
Realizado	2,72	-	-

FIC Mensal Trimestral Anual

09/04/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 03/2020 referente a UC: 703494



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



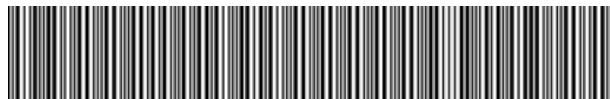
RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves França
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343-20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Roberto Petrónio da S. Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.359.282-25
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Roberto Petrónio da S. Filho
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.359.282-25 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua CC 11 Número: 394 Complemento: _____
Bairro: Beara Metrô Cidade: Bonito Estado: RR CEP: 69.318-050
E-mail: Wfranco992@gmail.com Tel.(DDD): 9113-3855

Local e Data: Bonito/RR 17 de Setembro de 2020

William Gonçalves França

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1^ª Classificação/Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

~~Reclassificação~~

2001225335	28/02/2020 14:43:18	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	18		
Paciente		Data Nascimento	Idade	QNS	CPF	Prontuário		
ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO		20/11/1994	25 A 3 M 8 D	<i>QNS</i>				
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	3498239			M		SEM		BRASIL
Mãe				Pai	INFORMAÇÃO		Contato	
JACI SILVA SANTOS					ROBERTO PETRONIO DA SILVA			
Endereço								Ocupação
- AVENIDA BENTO BRASIL - 209 ...								NÃO INFORMADA
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Setor	Type de Chegada	Procedimento Sol.					Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL						ANTONIA.SOARES	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <i>negar alergias</i>							
Acidente de moto Anamnese de Enfermagem								
				GSC	TOTAL			
				AO: 12345 RV: 12345 MRV: 12345	LS			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ h) <i>Pôr emite restrição de colisões moto x com embólio; consciente; orientada; refere dor em M(2), nega piorada de dor na incia, manguito e roxo manguito. Exame Físico Bex. LOTE, n/a ao toque, temperatura +14x, batida tibia, espessas, aderente de pele M(2) + deformidade da M(2), doía manguito de membro (tumores).</i>								
Hipótese Diagnóstica <i>fratura de tibia? esport?</i>								
SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____								
PREScriÇÃO a) Cloridrona 1 g ev gelo 1/2 tablet 20 mg ev gelo 1) ATT ev gelo i.m a gelo 2) Cefixime 1 g ev gelo 3) Cloreutin (Susp)				APRAZAMENTO <i>OK</i>		OBSERVAÇÃO 		
b) Tramadol (100mg) → ev SSF.0.5% cox				<i>febre</i>		<i>07 MAR 2020</i>		
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: ORTOPEDIA <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / / /								
Óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família								
Dr. JML Anatomia Patológica / / Dr. Geryssia Bessa / / Dr. Mariana / /								

Impresso por: antonia.soares
Data/Hora: 28/02/2020 14:44:39

Carimbo e Assinatura do Médico

-7 deg

Anexo I

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOUVENTE			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES	
Identificação do Paciente			5 - N° DO PRONTUÁRIO	
Roberio P. do Nibz Felh			6 - DATA DE NASCIMENTO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			9 - SEXO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			Mac <input checked="" type="checkbox"/> 1	Fam <input type="checkbox"/> 3
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			11 - TELÉFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
Pet Vilem ole arcul trancit sic				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
cerney.				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
Exo Lr + R1 +7C				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO
Fr expuse lebra D +/x calde L D				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
Flexade Peanha njs				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
Art		26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNACAO		28 - DOCUMENTO 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Art		26 - DOCUMENTO () CNS () CPF		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOUVENTE/ASSISTENTE				
Dr Eldes/ Vila Part		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
28/10/2020				
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE 38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR		() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO		() APOSENTADO () NÃO SEGURO
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: <i>Ortopedia</i>	Procedimento Realizado: <i>Fixação externa de frat. exp. fibular(D)</i>		
Nome do Paciente: <i>Roberto Rebeco da Silva Filho</i>		IDADE: <i>25 a</i>	SEXO: F () M (<input checked="" type="checkbox"/>)	Nº do Prontuário	Data <i>28/02/2020</i>
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala <i>04</i>	Circulante de Sala: <i>Guimara Raimundo</i>	

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

fixador lay fix of barna 300

Dados dos materiais/Serviço

MÉDICO CIRURGIANO: Older

1º AUXILIAR: R₂; u/arcos

INSTRUMENTADOR:

MÉDICO CIRURGÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE

1^º VIA FRONTE
2^º OPME/CME

VIE
Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Roberto Renanio da Silva filho</i>		25a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>20/02/2020</i>
			CIRURGIA		
TIPO <i>Fixação de fratura exposta de fibra</i>			INICIO <i>16:12</i>	FIM <i>19:05</i>	TEMPO DE DURAÇÃO TEMPO TOTAL
CIRURGIÃO <i>Elder</i>		EQUIPE MÉDICA			
1º AUXILIAR <i>R. Marcos</i>		ANESTESISTA: <i>Fabian</i>	RES. ANESTESIA: <i>R. Oceron</i>		
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
TIPO DE ANESTESIA: Sedação + Raqui		CIRCULANTE <i>Olymara Raimundo</i>			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	TEMPO DE DURAÇÃO:	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO - 500 ml	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M/G)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<input type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
<input type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
<input type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX Nº	<i>Aguilha 40x12</i>		FIO PROLENE Nº	
<input type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE Nº	<i>Seringa 60 ml</i>		FIO SEDA Nº	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 01ML			SUROCEL	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 03ML <i>Ataduras Cügen (30/10 cm)</i>			GERA P/ OSSO <i>Aguilha p/ raqui px 24/126</i>	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº <i>Equipo macrocrys</i>	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML			GEOFOAM PUPJ <i>Japão</i>	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA <i>Excelsior p/ amputação</i>	
<input type="checkbox"/>	Elásticos			OUTROS: <i>Floracilina 2%</i>	
<input type="checkbox"/>	Cateter de O ₂				
TERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR	
TRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Ama Renata + Luciano</i>			CAMENTOS	
CIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA <i>HOSPITAL GOMES STN AV. BIRMANIA GOMES NOVO BEMERTE 76 19312121-3610 AUTENTICAÇÃO</i>			SUB- TOTAL	
				ALA	
				ESTESIA	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 28/12/20

O.S. _____

Robert P. de S. Fell

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fr expat tib D; Fr fem distal

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

Fixad trans articular em mós

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO:

Elder

1º auxiliar: *Veto P*

2º AUXILIAR:

Morus F D

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

NÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Rot D.D + anest
- lmp + lctoy + lgn st
- Inc exart en biv ole rot mls r.o.
int exp tib D + sutu - fixad trans art
en mós + reabsorvi + curv

R.R.

Dr. Elder Spares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11284/RJ

CRM-RJ 1942
Dr. Mário Góes
Ortopedista e Traumatologista



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
— "Amazônia Patismória dos Brasileiros" —

FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

MZ 2,094-1735 h.
for 50 mg C / SAE DIAZEPAM

ROBERTO PETRONIO DE SILVA PIRES

N

28.02.2020

Alberto F. M. Henri
Médico-Anestesiólogo
CRM 307/RJ

Alberto F. M. Henri
Médico-Anestesiólogo
CRM 307 / RR

◎ 750



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome João Batista Silveira Filho
Responsável Cirurgião Dr. Vitor

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dr. Batista / Dr. Vitor

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

ENTRADA	(Sala Pré Anestésica)	PAUSA CIRÚRGICA	(Sala Operatória)	SAÍDA	(Sala Pós Operatória)
CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE: <input checked="" type="checkbox"/> Identificação do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento					
EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS: <input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIAO: Quais são as etapas críticas ou inesperadas, operação e perda sanguínea prevista.					
<input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente 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.					
O PACIENTE POSSUI: <input checked="" type="checkbox"/> ALERGIA CONHECIDA <input checked="" type="checkbox"/> Não (<input type="checkbox"/> Sim, Qual: _____)					
VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Não (<input type="checkbox"/> Sim, e equipamento/assistência disponíveis RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml <input checked="" type="checkbox"/> Não (<input type="checkbox"/> Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos					
Alberto F. M. Herrera <input checked="" type="checkbox"/> Membro-Anestesiologista Assinatura _____ Hora: <u>17:01</u>					
ASSENTOES ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS. <input checked="" type="checkbox"/> Sim (<input type="checkbox"/> Não se aplica)					

Assinatura e Carimbo



104-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Prescrição Médica

DATA DE ADMISSÃO: *Rolante P. do. Silveirinha* DIH: *DN*
PACIENTE: *F. 11 expat. Celi* AGNÓSTICO: *(+) + F. celit. fr. 6*
ALERGIAS: HAS: *NEGA* NEGA
IDADE: LEITO DM2: *NEGA*
ITEM: DATA: *28/10/2020*

PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			Manten
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			18/21.06.12
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA			06.
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			18/09.10
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			20.08.08
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			24.12.08
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			14.
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
13	SSVV + CCGG 6/6 H			
14	CURATIVO DIÁRIO			Rotina Realizar
15				
16				
17				
18				
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
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	<i>Fluxo</i>	<i>Sc</i>	<i>36°C</i>

DR. M. AGUILAR
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
10/12/2020

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

31/12/2020 paciente no leito
rito SSVV adm. medicacão
Pm

Med. Jesus Silveira Duó
Téc. em Enfermagem
CNPJ: RR 5629.398



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Paciente: Roberto Juliano do Schwa /1041
Leito: 02/013 / 2020

Localização		Região: <u>perna direita</u>	Região: <u>pé direito</u>	Região: <u>lateral da coxa</u>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Trauma : _____ () Outro: _____	Grau: I () II () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Fixador Externo () Ortopedia	Grau: I () II () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Tração Fixador Externo () Outro:	Grau: I () II () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Fixador Externo () Outro:
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	() Granulação () Epitelização () Normal () Macerado () Outro:	() Granulação () Epitelização () Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Granulação () Epitelização () Normal () Macerado () seca () Outro:
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Eritema / Rubor	() Eritema / Rubor	() Eritema / Rubor
Tipo de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco () Outro:	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Quantidade de Exsudato	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Solução de Limpeza	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Outro:	() Sulfadiazina de Prata () Hidrogel	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Outro: <u>Coxipime</u>	() Gaze () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
Cobertura primária	() Diário () Anel	() 48/48h	() 12/12	() 12/12
Troca	() 12/12	() Diário () Anel	() Diário () Anel	() Diário () Anel
Profissional que realizou procedimento:	Adonilas Vieira Araújo Tecnicista de Enfermagem COREN/PR 5078557E	Adonilas Vieira Araújo Tecnicista de Enfermagem COREN/PR 5078557E	Adonilas Vieira Araújo Tecnicista de Enfermagem COREN/PR 5078557E	Adonilas Vieira Araújo Tecnicista de Enfermagem COREN/PR 5078557E
Observações:	<u>anamnese</u>			



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	E elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Paciente: Roberto Antônio de Souza Faria		Leito: 104.2		Data: 03/10/2020	

Localização	Região:	Região:	Região:	Região:	Região:
() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Traqção _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Traqção _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Traqção _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Traqção _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Traqção _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Traqção _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro:
() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:
() Quantidade de Exsudato () Sólido	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
() Solução de Limpeza () Cobertura primária	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
() Troca	() 12/12 Diário () 48/48h	() 12/12 Diário () 48/48h	() 12/12 Diário () 48/48h	() 12/12 Diário () 48/48h	() 12/12 Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adonai de Oliveira Araujo Tecnicista de enfermagem CREFEN-PR 50779511E CRF-PR 022	Adonai de Oliveira Araujo Tecnicista de enfermagem CREFEN-PR 50779511E CRF-PR 022	Adonai de Oliveira Araujo Tecnicista de enfermagem CREFEN-PR 50779511E CRF-PR 022	Adonai de Oliveira Araujo Tecnicista de enfermagem CREFEN-PR 50779511E CRF-PR 022	Adonai de Oliveira Araujo Tecnicista de enfermagem CREFEN-PR 50779511E CRF-PR 022
Observações:					
	<p>Assinatura: Vieira Araujo Data: 03/10/2020 Tecnicista de enfermagem CREFEN-PR 50779511E CRF-PR 022</p>				



Evolução do Curativo



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1
Versão: 08
Elaborada: 02/2013
Atualizada: 2/2020

Paciente:

Roberto Rehônio da Silva
Leito: 104.1

Data:

03/03/2020

Localização	Região:	Grau: I () II (X)	Região: M/ib	Grau: I () II (X)	
Etiologia	() LPP II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Traqção _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma : _____ Traqção _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (X) Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	
Aparência do Leito	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Seco () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Seco () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	
Pele Perilesional	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	
Tipo de Exsudato	() Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	
Solução de Limpeza	() Adonil Vieira Araujo Técnico de Enfermagem CORPO RR 507 795/TE	() Adonil Vieira Araujo Técnico de Enfermagem CORPO RR 507 795/TE	() Adonil Vieira Araujo Técnico de Enfermagem CORPO RR 507 795/TE	() Adonil Vieira Araujo Técnico de Enfermagem CORPO RR 507 795/TE	
Observações:	<i>Queda de curativo</i>				



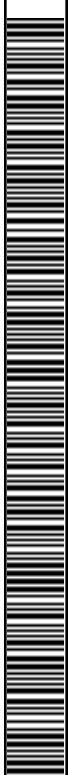
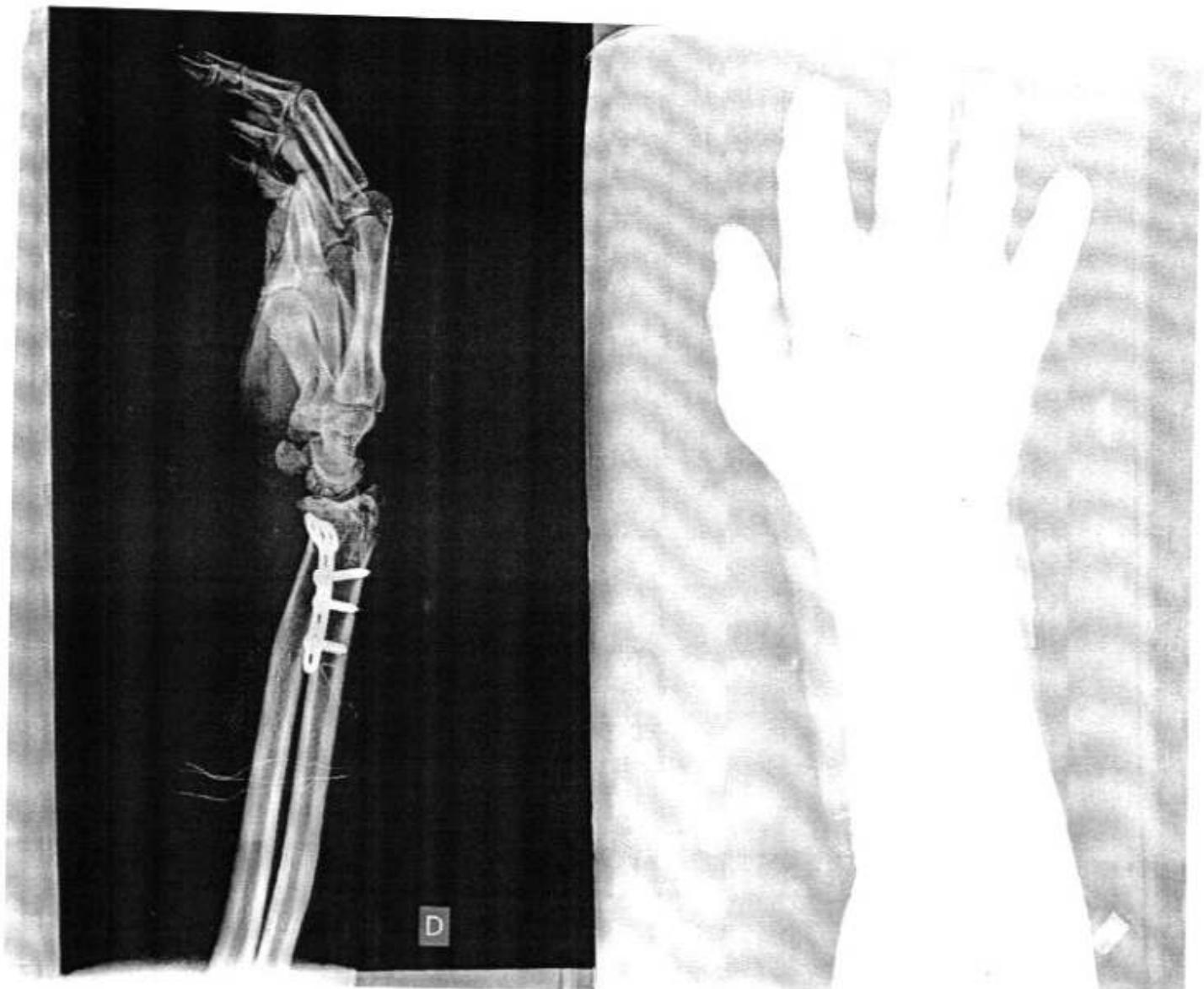
Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Roberto Petronio Da Silva [BLOC. D 410-03]
Study: 03/01/18 - 08:56 Membros Superiores PUNHO



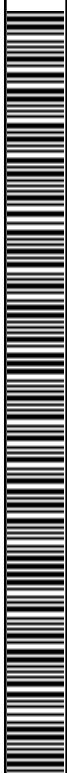
Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Roberto Petronio Da Silva [HGR-2868563020]
Study: 09/03/20 - 15:38 Membros Inferiores JOELHO



Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Roberto Petronio Da Silva [BLOC. D 410-03]
Study: 03/01/18 - 08:56 Membros Superiores PUNHO



Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Roberto Petronio [AREA VERM.G/T.]
Study: 21/08/20 - 09:58 Membros Inferiores JOELHO





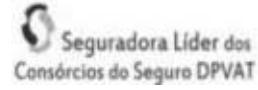
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	239717
DATA DE EXPEDIÇÃO	13/10/2016
NAME	WILLIAM GONÇALVES FRANCO
PAISAGEM	GERALDO ROCHA FRANCO
MATRIZ	MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO
NATURALIDADE	SANTA INÉS - MA
DOC. ORIGEM	09/12/1978
RESIDÊNCIA	CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35 2 OF BOA VISTA - RR
TELEFONE	825.396.343-20
2 VIA	AMADEU ROCHA TRIANI Perito Paleopatologista da Policia Civil Belo Horizonte - MG
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJTK7 MD6HV GYPHR YSTY



RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271420/20

Vítima: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

CPF: 008.359.282-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/02/2020

Titular do CPF: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

- Comprovante de residência
- Declaração Circular SUSEP 445/12
- Documentos de identificação
- Procuração

ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO : 008.359.282-25

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 24/09/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

TORGANTE :

ME: Roberto Petrólio da Silva Filho
NACIONALIDADE: Brasileiro
O FISSÃO: autônomo
RG: 349833-5
ENDERECO: AV. Gólio Porteira de Pinto, 16
Cidade: Rio Vista
RRO: SNC
69.316-409

MA: Roberto Petrólio da Silva
008 359 282-25
UREZA: () DAMS DATA DO ACIDENTE: 28-02-2020
(X) INVALIDEZ () MORTE

TORGADA :

ME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ADO CIVIL: casado
O FISSÃO: autônomo
RG: 239717
A DE EMISSÃO: 13.10.16
ÓRGÃO EMISSOR: 552-RR
CPF: 825.396.343-20
ENDERECO: Rua CC 11, 294 Laura Moreira

DERES:

a requerer o seguro DPVAT por Incidente, a que tem direito o outorgante, junto a quer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Brazilia PR, 28 de Agosto de 2020

Roberto Petrólio da Silva Filho
Assinatura

- Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271420/20

Vítima: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

CPF: 008.359.282-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/02/2020

Titular do CPF: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO : 008.359.282-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 24/09/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200344047 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERTO PETRONIO DA SILVA **Data do acidente:** 28/02/2020 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A
FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DISTAL DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) 5
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PG.13,15_ SEM NEXO CAUSAL COM O ACIDENTE.

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 inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00