



CAERR - 011 938 4270001-15  
RUA DO COM. ESTADUAL ALESSANDRI  
RUA MOUTIN, QMFS 214 - SÃO PEDRO - CEP. 01306-610



0800 280 9520

Matrícula: 1067150

Março/2020

|                                                                                                         |                           |                                                                                                      |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Dados do Cliente:</b><br>RUEIRA DE OLIVEIRA PRIMO                                                    |                           | <b>Endereço para entrega:</b><br>RUA POZ DO IGUAÇU, N.º 82725 - EDUARDO<br>AL JUA VISTA PR 69317-338 |                                               |
| <b>Inscrição</b><br>001.028.049.0340.000                                                                | <b>Rota</b><br>37         | <b>Seq.Rota</b><br>1535                                                                              | <b>Quantidade de Economias</b><br>RESIDENCIAL |
| <b>Mediçãmetro</b><br>NÃO MEDIDO                                                                        | <b>Data de Instalação</b> | <b>Situação Água</b><br>LIGADO                                                                       | <b>Situação Esgoto</b><br>LIGADO              |
| <b>ANTERIOR</b>                                                                                         |                           | <b>ATUAL</b>                                                                                         | <b>CONSUMO (m³)</b>                           |
| LEITURA FAT.                                                                                            |                           | 10                                                                                                   | 0                                             |
| LEITURA INF.                                                                                            |                           |                                                                                                      |                                               |
| DT. LEITURA                                                                                             |                           |                                                                                                      |                                               |
| <b>ULTIMOS CONSUMOS</b>                                                                                 |                           |                                                                                                      |                                               |
| 202002                                                                                                  | 10-0                      |                                                                                                      |                                               |
| 202001                                                                                                  | 10-0                      |                                                                                                      |                                               |
| 201912                                                                                                  | 10-0                      |                                                                                                      |                                               |
| 201911                                                                                                  | 10-0                      |                                                                                                      |                                               |
| 201910                                                                                                  | 10-0                      |                                                                                                      |                                               |
| 201909                                                                                                  | 10-0                      |                                                                                                      |                                               |
| 201908                                                                                                  | 10-0                      |                                                                                                      |                                               |
| <b>MEDIA</b>                                                                                            | <b>10</b>                 |                                                                                                      |                                               |
| <b>Quantidade de Água Distribuída ao Consumidor</b>                                                     |                           |                                                                                                      |                                               |
| Informações dos Registros Realizados no Roteiro de Distribuição<br>DECRETO FEDERAL N.º 5008 / 2005 G.M. |                           |                                                                                                      |                                               |
| REGISTROS                                                                                               | CLORO                     | TURBID. DEC.                                                                                         | CTP                                           |
| EXIGIÇÕES                                                                                               | 180                       | 100                                                                                                  | 100                                           |
| ANALISANDO                                                                                              | 214                       | 214                                                                                                  | 214                                           |
| CONFORME                                                                                                | 214                       | 214                                                                                                  | 214                                           |
| <b>DESCRIÇÃO</b>                                                                                        |                           | <b>CONSUMO</b>                                                                                       | <b>TOTAL (R\$)</b>                            |
| ÁGUA                                                                                                    |                           |                                                                                                      |                                               |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)                                                                                |                           |                                                                                                      |                                               |
| CONSUMO DE ÁGUA                                                                                         |                           | 10 m³                                                                                                | 23,83                                         |
| ESGOTO                                                                                                  |                           | 80,0 % DO VALOR DE ÁGUA                                                                              | 19,06                                         |
| TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 01/2020                                                                      |                           |                                                                                                      | 6,34                                          |
| <b>VENCIMENTO:</b> 15/04/2020                                                                           |                           | <b>TOTAL A PAGAR:</b> 49,23                                                                          |                                               |

IMPRESSÃO EM: 03/03/2020 08:21:07

Via do Cliente



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

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



Via da CAERR

## DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

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

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

Que o Sr. (a) Juliano José Farias Romera  
portador (a) do RG nº 49294805 expedido pelo \_\_\_\_\_  
inscrito (a) no CPF 706.595.972-41

residência e domicílio na Rua Foz do Iguaçu, 225 Oquiratona

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

Art. 298 - Omittir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular;

Boa Vista-RR, 25 de Setembro de 2019

**CARTÃO LOUREIRO**

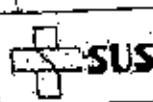
Regia di Olivero Bruno

**DECLARANTE**

(Reconhecimento e Assinatura) \_\_\_\_\_  
 Anexar cópia de algum comprovante de endereço declarado  
 (Água, Luz ou Telefone) \_\_\_\_\_  
 Preferencialmente em nome do declarante ou genitor

**CARTÓRIO LOUREIRO** DR. JOZIEL LOUREIRO  
TABELÃO E REGISTRADOR  
AV. VILA BOA VISTA Nº 523 - CENTRO - BOA VISTA/PA - TEL: (91) 3333-0077 - ATENDIMENTO: 8h às 18h  
RECORDEIRA a(s) assinatura(s)  
Pessoa(s): ROSELI DE OLIVEIRA PRADO  
Em testemunho, NN da verdade. Boa Vista, 23/09/2019  
Emolço FUNDE/LRR: 0,28, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10  
Selos: REC FIR 1583452171LIKWEKZRGW71 N° Ticket: 00149  
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselerr.com.br>  
OBR Solicitante: 85445414272

Atto 05/02/2020



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## BLOCO A

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

3 - QUES

4 - QUES

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - DATA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICIPAL

15 - UF

16 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Doença

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

Rx 7 exame físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

paciente de DM do tipo 2

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ORÇÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

E JCS

( ) CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

0408020423  
5524

## BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 4 2 2005

Juliano José Tavares  
Bomero

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPEÚTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

Operação em DDH sob sedação  
 1) Anestesia e Antimicrobiano  
 2) Colocação de campo estéril  
 3) Incisão vertical e dorsal em antebraço E com  
 diâmetro por plano de joelho de quadril com  
 redução anela com placas DP de Górgio  
 unido como placa em cada joelho com  
 fixação em cada plano. Redução  
 confirmada com auxílio de intensificador de  
 imagem  
 4) Sutura por plano com Nylon e Vicryl pro  
 MC com SKO 9/2  
 unido  
 DR RPA

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

# PRE-ANESTÉSICO

[illegible]

## PÓS-ANESTÉSICOS

### NA SAÚDE DE RECUPERAÇÃO

2013-2014

Date / / Hora

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

Assinatura

Date / / Hora

Paciente admitido em UTICAO  
no Juvem e ao periodo mto  
~~avaliado~~ = 2x avaliados

PAI GILLES E FILHOS S.A.  
R. MOORES EM 10, 6A  
FLORESTA - FONE 2-1000

AUTENTICAÇÃO

06 MAR 1965

Assinatura

Hospital de Santa Maria



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

# FICHA DE ANESTESIA

Julian Jose Elias Romero

04/02/2020

| PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | N° |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|
| 8:50 10:50 11:50 12:50<br>Entanal 100mg (IV)<br>midazolam 5mg (IV)                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |    |
| AGENTES: N 20, 07                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |    |
| LÍQUIDOS: A M SF SF SF SF<br>Y S D 500 500 500 250                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |    |
| DA: 240<br>X: 220<br>ULDO: 200<br>X: 180<br>ANES: 160<br>X: 140<br>CP: 120<br>O: 100<br>TEMP: 98<br>ACPR: 80<br>A: 60<br>RESP: 40<br>b: 20                                                                                                                                                                                                         |  |    |
| Export: 20<br>Asist: 20<br>Comu: 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |    |
| SÍMBOLOS: 2 3 4 5 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |    |
| AGENTES: Ropivacaína 0.5% 180mg Bloqueio de Plexo<br>Lidocaína 1% 350mg Propofol 1mg/kg<br>E: 1mg/kg<br>D: 1mg/kg<br>C: 1mg/kg<br>F: 1mg/kg                                                                                                                                                                                                        |  |    |
| G: 1mg/kg<br>GLUCOSE: Líquidos<br>INDO: 1mg/kg<br>SANGUE: 1mg/kg<br>SF 0, 8% 1050ml<br>TOTAL: 1500ml<br>TEMPO DE ANESTESIA: 8:50 às 12:50                                                                                                                                                                                                          |  |    |
| OPERAÇÃO: Osteossíntese de Antebraço E<br>Anestesia: Dr. Jonathan<br>COORD: Dr. Alberto<br>CÍRURGIA: Dr. Alberto                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |
| ANOTAÇÕES: 1. Monitorização + Checklist<br>2. Onda de O2 sob cobr. nasal 2l/min<br>3. Anestesia e analgesia de rotina<br>4. Análise de tração com alav. 70%,<br>campos estéril, identificação de<br>artéria e plexo supraclavicular E,<br>infiltração ao redor do plexo com<br>Ropivacaína 150 mg + Lidocaína<br>200 mg + Identificação de artéria |  |    |
| LERANÇO - Espirano - Excesso Cere<br>Urocresol Respiratório - Anest<br>"Bucking" - Vômito<br>Hemorragia - Anest<br>Dren Torácico - Choque                                                                                                                                                                                                          |  |    |
| PERDA SANGÜÍNEA: 0ml                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |

Dr. Jonathan  
Médico Anestesiologista  
CRM 100000-00000

Dr. Jonathan  
Dr. Alberto

- Exila E e infiltração ao redor do plexo com Ropivacaína 30mg e Lidocaína 150mg
1. Ropivacaína 1g (IV)
  2. Dexmedetomidina 10mg (IV)
  3. Propofol 40mg (IV)
  4. midazolam 5mg (IV)

Garoto de 12 anos de idade

## PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: \_\_\_\_\_ End: \_\_\_\_\_ Leão \_\_\_\_\_ Serv: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Alt: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Drgo. Pre-Op: \_\_\_\_\_ Pains Assoc.: \_\_\_\_\_  
 Qd. Glicose: \_\_\_\_\_  
 Anest. Ant: \_\_\_\_\_  
 Anest. Intra: \_\_\_\_\_  
 Anest. Pós: \_\_\_\_\_  
 Anest. Fumo: \_\_\_\_\_  
 DOSSIAS: \_\_\_\_\_  
 (Cardiologia, Endocrinologia, Hipertensão, Neurocirurgia, Nefrologia,  
 Cirurgia, Anestesiologia, Clínica, Pediatria, Ginecologia, SIDA,  
 Oncologia, IMAO, outros)  
 Exatidão Marcar: \_\_\_\_\_ Boca: \_\_\_\_\_  
 Percepção: \_\_\_\_\_ Velocidade: \_\_\_\_\_  
 RX: \_\_\_\_\_  
 Fx: \_\_\_\_\_  
 Hx: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_  
 Prontidão Clínica: \_\_\_\_\_  
 Anest. Pós: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

| Medicação Pré-Op - Anest. | DOSE | VIA | HORA |
|---------------------------|------|-----|------|
|                           |      |     |      |
|                           |      |     |      |
|                           |      |     |      |

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

Assinatura

## PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

24.02.2020 Hora 13:30  
 Alta do SARA para  
 bloqueio com bloqueio  
 expresso, dor, rotina

R3 Daniel  
 Dr. Abirgao

Assinatura

Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

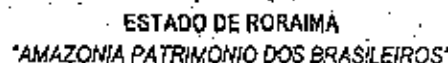
| NOME DO PACIENTE           | APT OU LEITO | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA       |
|----------------------------|--------------|------------------|------------|
| William José Soares Romero | 063          | 577764           | 04.10.2017 |

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

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

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

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



|                                               |                   |                            |                   |                                  |                    |
|-----------------------------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------------|--------------------|
| Estabelecimento:<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA |                   | Especialidade:<br>Medicina |                   | Procedimento Realizado:<br>Exame |                    |
| Nome do Paciente:<br>JOSÉ CARLOS              |                   | IDADE:<br>45               | SEXO: F ( ) M (x) | Nº do Prontuário<br>12345        | Data<br>11/11/2011 |
| Bloco:<br>A                                   | Enfermaria:<br>10 | Leito:<br>10               | Nº da Sala<br>10  | Circulante de Sala:<br>10        |                    |

Page 10 of 10

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

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

INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_

1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

MÉDICO CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_ 1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 • Boa Vista - Roraima - Brasil  
Fone: (0xx95) 2121 0637  
E-mail: [enq@ma.horaima.com](mailto:enq@ma.horaima.com)

Name: Tulcan los Toros Remotes

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

Setor/Leito: 106/03

Data: 04 / 02 / 2020

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

Termo de Consentimento Anestesia: ☒ Sim ☐ Não

[illegible]



106-3

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |       |       |        |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------|-------|--------|---------------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |       |       |        |                           |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |       |       |        |                           |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |       |       |        |                           |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         | DIH   | DN    |        |                           |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                          | Juliano da Silva Freitas, Rapolino                      |       |       |        |                           |
| AGNOSTIC                                                                                                                                                                                                                                                                          | pr. am. da mãe                                          |       |       |        |                           |
| ALÉRGICAS                                                                                                                                                                                                                                                                         | HAS                                                     | NEGA  | DM2   | NEGA   |                           |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                             | LEITO                                                   | 106-3 | DATA  | 4/2/20 |                           |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                              | PRESCRIÇÃO                                              |       |       |        | HORÁRIO                   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIETA ORAL LIVRE                                        |       |       |        | SND                       |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                |       |       |        | MANUTER                   |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SF 0,9% 500ML EV 12/12H                                 |       |       |        | 14.02                     |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                  |       |       |        | 14.20.02                  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SIMETICONA 40-GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN           |       |       |        | S/N                       |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN |       |       |        | S/N                       |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM  |       |       |        | S/N                       |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                 | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                 |       |       |        | 08.1                      |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                         |       |       |        | S/N                       |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                        |       |       |        | 18.24.05                  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H              |       |       |        | 10.22.0                   |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |       |       |        |                           |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |       |       |        |                           |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                | 7.20mg EV 12/12 h x 28.                                 |       |       |        |                           |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |       |       |        |                           |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG     |       |       |        | S/N                       |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                | SSVV + CCGG 6/6 H                                       |       |       |        | Dr. Augusto Cavalcante    |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                | CURATIVO DIÁRIO                                         |       |       |        | Medico Residente          |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |       |       |        | Ortopedia e Traumatologia |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |       |       |        | CRM AR 1954               |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |       |       |        |                           |
| SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:<br>200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70<br>DL/ML, GLICOSE 50% 40ML EV + AVISAR PLANTONISTA                                                                  |                                                         |       |       |        |                           |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:<br># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE<br># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO.<br># SOLICITADO:<br># CONDUITA: MANTIDA<br># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:<br># PREVISÃO DE ALTA: |                                                         |       |       |        |                           |
| SINAIS VITAIS:                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |       |       |        |                           |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                               | 120x84                                                  | FC 78 | FR 22 | 76.2   |                           |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |       |       |        |                           |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                              | 140/90                                                  | 105   | 22    | 76.8   |                           |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                              | 115x74                                                  | 85    | 22    | 36.1   |                           |
| MEDICO RESIDENTE<br>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |       |       |        |                           |

18h paciente no auto  
4.30 paciente com ass. pr. 4.30.25  
04/20 paciente no leito flote  
02/25 preservados após m.c.m.

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

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

**ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA**

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

**ENTRADA (Sala Pré Anestésica)**

PACIENTE CONFIRMOU:

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

**RISCO CIRÚRGICO**

☐ Aplica ☒ Não se Aplica

**SÍTIO DEMARCADO**

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

**VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA**

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

**O PACIENTE POSSUI:**

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual: \_\_\_\_\_

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não  
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

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

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

**ANTES DA INCISÃO**

Anestesista: Dr. Ubaldino

**PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)**

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente  
☒ Sítio cirúrgico  
☒ Procedimento

**EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:**

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☒ Sim,

Qual: Antibiotico 1g Hora: 10:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

**ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES**

**SAÍDA (Sala Pós Operatória)**

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

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

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

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

☐ Sim ☒ Não ☐ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

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

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

Carimbo 6148144

106-3



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ INSS

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

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

OPERADO PELO DR. Forattini E DR. Alcides

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

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

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Forattini

BOA VISTA, 05/02/70

MÉDICO



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2 - CNES

231965-9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

4 - CNES

231965-9

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

00177764

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

89005839415538

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/01/1985

9 - SEXO

1 - Masculino

10 - RAÇA / COR

PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

CARMEM MARIA ROMERO

12 - TELEFONE DE CONTATO

(95) 99125-0181

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

14 - TELEFONE DE CONTATO

(95) 99125-0181

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA: FOZ DO IGUAÇU - 225 - EQUATORIAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

140010

18 - UF

RR

19 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

CIRURGIA GERAL

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/02/2020

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N.º DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNIE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

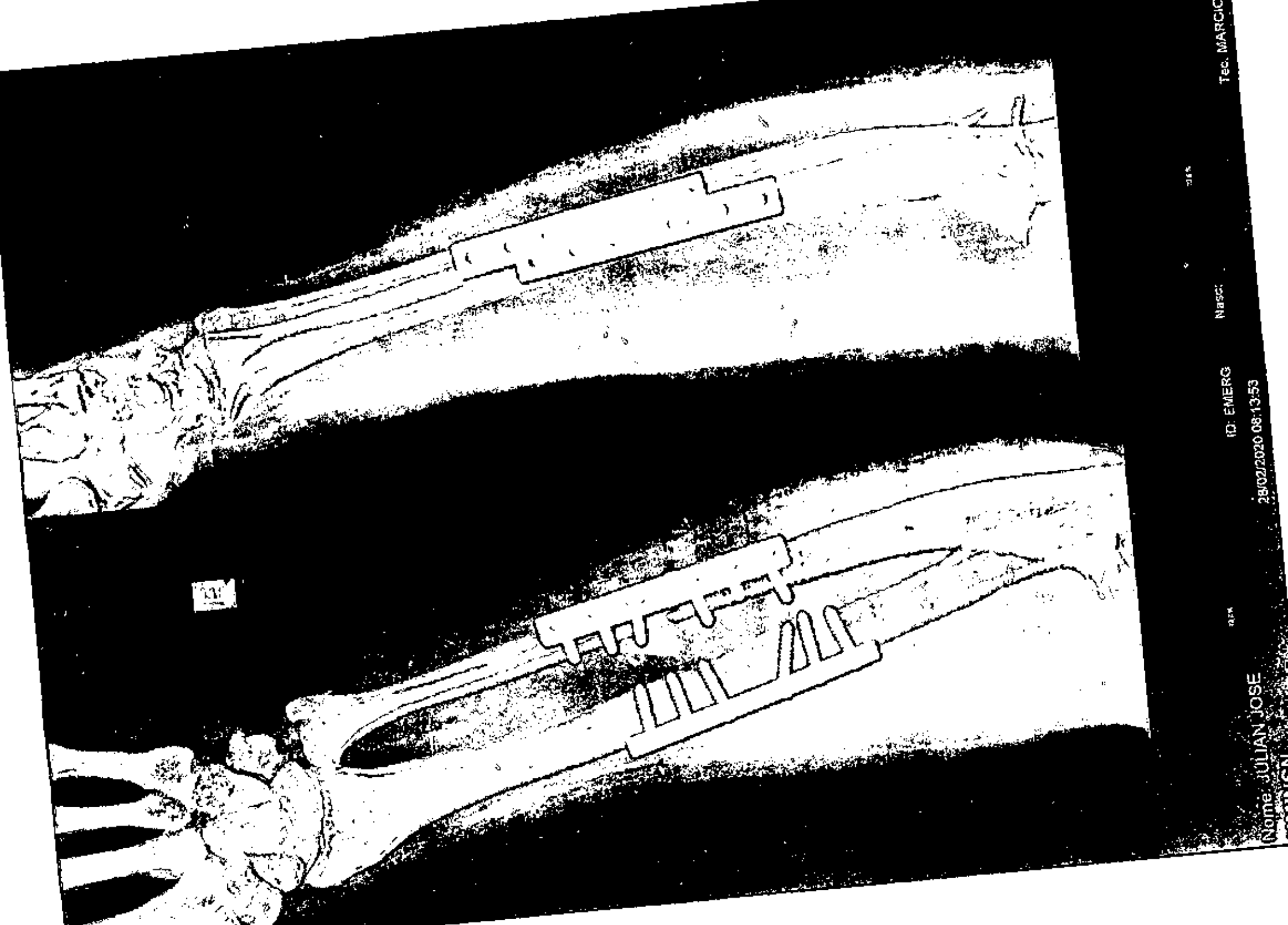
48 - DOCUMENTO

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

☐ CNS

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Tec. MARCIO

Nasc:

ID: EMERG

28/02/2020 08:13:53

Nome: JULIAN JOSE

IDENTIFICACAO







Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número  
**706.595.972-41**

Nome  
**JULIAN JOSE FARIAS ROMERO**

Nascimento  
**09/01/1985**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 08/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos  
complementares:**

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

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

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |



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



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

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

**AUTORIDADE REQUISITANTE:**

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

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

**HISTÓRICO:**

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

**DESCRIÇÃO:**

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

**AUTENTICAÇÃO**

**DISCUSSÃO:**

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

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

**CONCLUSÃO:**

- Periciando vítima de ação contundente e corto-contundente.

**QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:**

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

Por ser verídica digitei este documento que depois de registrado no sistema eletrônico, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim: Benigno José de Oliveira

Macielle F. Chaves  
Médica Legista  
CRM 6582

IML-RR

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





Seguro

**DPVAT**

O Seguro do Acidente de Trânsito



06-07-2020

|                                                                                       |           |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|
| Correios                                                                              |           | <b>SEDEX</b> |
| PESO (kg)                                                                             | 0,131     | AR JMP       |
| Recebedor                                                                             |           |              |
| Assinatura                                                                            | Documento |              |
| OD 29388233 / BR                                                                      |           |              |
|  |           |              |

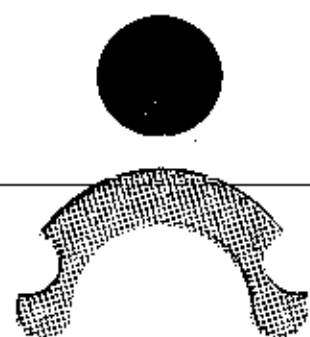
**SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO**  
**POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

DESTINATÁRIO / Recipient

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

ATENDIMENTO





Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

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

## PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: [www.seguradoralider.com.br](http://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.

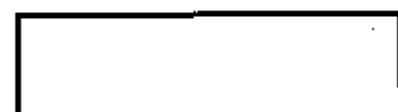
SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia

BLOG: [www.viverseguronotransito.com.br](http://www.viverseguronotransito.com.br)

ATENDIMENTO



|                                                      |               |                         |                |
|------------------------------------------------------|---------------|-------------------------|----------------|
| REMETENTE / Sender                                   |               | TELEFONE / Phone Number |                |
| Juliano José Ramos Romera                            |               | 99137-5022              |                |
| ENDEREÇO / Address Email: Noelsoliveira715@gmail.com |               |                         |                |
| Rua Póz do Iguaçu N° 225 B. Equatorial               |               |                         |                |
| CEP / Zip                                            | CIDADE / City | UF/State                | PAÍS / Country |
| 69317-330                                            | Boa Vista     | RR                      | Brasil         |



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



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

# PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## COBERTURA SOLICITADA

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

## IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

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

## PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

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

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

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

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

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

## DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

### BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

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

### BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

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

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

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

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

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

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

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

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Felipe Alexandre Romão  
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 406.595.972-41  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.: (45) 99137-5022  
Data: 26.06.2020 Assinatura: Felipe Alexandre Romão

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

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

# PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## COBERTURA SOLICITADA

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

## IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

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

## PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

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

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

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

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

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

## DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

### BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

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

### BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

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

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

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

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

☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

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

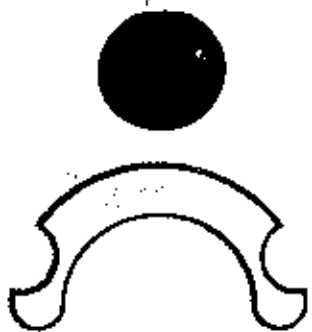
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)  
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)  
☐ Outros Documentos apresentados:

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

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

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

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



Seguro

# DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



24108

Correios

PESO (kg) 50 ☐ AR ☐ MP

Recebedor

Assinatura

Documento

OD 29392070 7 BR

SINISTRO 3200253117

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

DESTINATÁRIO / Recipient

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT

S/A

RUA DA ASSEMBLEIA, 100 24º ANDAR

RIO DE JANEIRO

CEP: 20011-904

CENTRO

RJ

ATENDIMENTO





# Seguro DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

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

**PEDIDO DE SEGURO DPVAT**  
site: [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Central de Atendimento:  
4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.  
0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.  
SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia

dpvat\_oficial DPVAToficial OPVAToficial seguradoralider-dpvt

BLOG: [www.viverseguronotransito.com.br](http://www.viverseguronotransito.com.br)

**ATENDIMENTO**



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

320025317

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



Materiais recicláveis



PROBAG  
Tel: (02) 3504-2900

|                                                                                                                           |                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>DEVOLUÇÃO (Return)</b> (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)                                                                                 |                                                                             |
| <b>TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)</b>                                                                          |                                                                             |
| 1º / / às 2º / / às 3º / / às                                                                                             |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager) |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / / (Reinstated to service post)                                |                                                                             |
| Data / /                                                                                                                  | Responsável .....                                                           |

REPUBLICA DE COSTA RICA  
MINISTERIO DAS CRIANÇAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
INTEIRACAO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

**QUELIA DE OLIVEIRA PRIMO**

DOC. IDENTIFICACAO: 1552487888  
CPF: 654.454.142-12  
DATA DO BORNADO: 02/05/1972

**QUELIA DE OLIVEIRA PRIMO**  
ENDEREÇO: RUA ESTRELA DA VIDA  
Nº 111 - JARDIM...  
Cidade: ... Estado: ...

PERMISAO: CONDUTORA  
ACAO: 12345678  
EXPIRACAO: 10/05/2005

CPF: 00362237702-98  
DATA DO BORNADO: 10/05/2005

**QUELIA DE OLIVEIRA PRIMO**  
ENDEREÇO: RUA ESTRELA DA VIDA  
Nº 111 - JARDIM...  
Cidade: ... Estado: ...

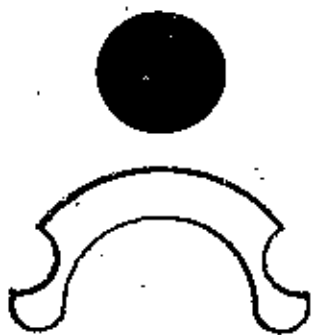
PERMISAO: CONDUTORA  
ACAO: 12345678  
EXPIRACAO: 10/05/2005

CPF: 00362237702-98  
DATA DO BORNADO: 10/05/2005

**QUELIA DE OLIVEIRA PRIMO**  
ENDEREÇO: RUA ESTRELA DA VIDA  
Nº 111 - JARDIM...  
Cidade: ... Estado: ...

PERMISAO: CONDUTORA  
ACAO: 12345678  
EXPIRACAO: 10/05/2005

CPF: 00362237702-98  
DATA DO BORNADO: 10/05/2005



Seguro  
**DPVAT**

O Seguro do Acidente de Trânsito



09.10

|                  |           |                                                         |
|------------------|-----------|---------------------------------------------------------|
| Correios         |           | SEDEX                                                   |
| PESO (kg)        | 40        | <input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> MP |
| Recebedor        |           |                                                         |
| Assinatura       | Documento |                                                         |
| OD 29393339 6 BR |           |                                                         |
|                  |           |                                                         |

**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  | 10 |
| country |    |

ATENDIMENTO





Seguro

# DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

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

**PEDIDO DE SEGURO DPVAT**

site: [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Central de Atendimento:

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

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

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat\_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

blog: [www.viverseguronotransito.com.br](http://www.viverseguronotransito.com.br)

**ATENDIMENTO**



|                                           |               |                         |                |
|-------------------------------------------|---------------|-------------------------|----------------|
| REMETENTE / Sender                        |               | TELEFONE / Phone Number |                |
| Julio don Fátima ROMERO Rua F02 DO IGUAÇU |               |                         |                |
| ENDEREÇO / Address                        |               |                         |                |
| Rua F02 DO IGUAÇU 225                     |               |                         |                |
| CEP / Zip                                 | CIDADE / City | UF/State                | PAIS / Country |
| 49317-330                                 |               |                         |                |

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

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199543/20

**Vítima:** JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

**CPF:** 706.595.972-41

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/12/2019

**Titular do CPF:** JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

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

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**JULIAN JOSE FARIAS ROMERO : 706.595.972-41**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

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

JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Diogo Vieira da Silva

---

**Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200253117**

**Vítima: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO**

**Data do Acidente: 05/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JULIAN JOSE FARIAS ROMERO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200253117

Vítima: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

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

|                                          |                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Boletim de ocorrência</b>             | 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. |
| <b>Formulário do Pedido Seguro DPVAT</b> | Apresentar o formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.                                                    |

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200253117

Vítima: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000026159-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200253117**

**Vítima: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO**

**Data do Acidente: 05/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JULIAN JOSE FARIAS ROMERO**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 00046044/2019 3 - CPF da vítima: 706595972-41 4 - Nome completo da vítima: Julian Jose Farias Romero

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

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itau

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 261598  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Julian Jose Farias Romero  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
706595972-41  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
Julian Jose Farias Romero  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, + Boa Vista - RR

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **00046044/2019** 3 - CPF da vítima: **706595972-41** 4 - Nome completo da vítima: **Julian Jose Farias Romero**

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

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:   
☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00   
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)   
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
AGÊNCIA: **6953** CONTA: **241598**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

- ☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
  - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
  - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:   
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:   
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascitor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imprescindível a presença da vítima ou beneficiário não habilitado   
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) **Julian Jose Farias Romero**  
**706595972-41**  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) **706595972-41**  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) **Julian Jose Farias Romero**

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

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

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:   
☐ RECUZO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00   
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **ITAÚ**

AGÊNCIA: **6953** CONTA: **26159**   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:   
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:   
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34  
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Agência/Conta: 6953/26159-8

JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Pessoa Física

CPF: 706.595.972-41

Tipo: Individual

Escore: 00081

Categoria: 301

Produtos:

| DATA                                            | HISTÓRICO                     | VALOR |
|-------------------------------------------------|-------------------------------|-------|
| 02/10                                           | SALDO ANTERIOR                | 23,92 |
| 02/10                                           | S A L D O                     | 23,92 |
| -----                                           |                               |       |
| POSICAO DA CONTA EM 07/10/2020                  |                               |       |
|                                                 | (+) SALDO PROVISORIO CONTA    | 23,92 |
|                                                 | (=) SALDO DISPONIVEL P/ SAQUE | 23,92 |
|                                                 | S00 DISP P/APLIC HOJE         | 23,92 |
| LANCAMENTOS PARA O DIA -----                    |                               |       |
| 07/10                                           | SEGURO CARTAO                 | 7,90- |
| A.G - AGENDAMENTO/APLICACAO PROGRAMADA SUJEITOS |                               |       |
| A CONFIRMACAO DE SALDO NA DATA PREVISTA.        |                               |       |
| -----FIM                                        |                               |       |
| P: LANCAMENTOS EM POUF SALARIO                  |                               |       |

CIPTUR

Nº 811397

|            |                |                    |                   |                   |                |               |               |
|------------|----------------|--------------------|-------------------|-------------------|----------------|---------------|---------------|
| VTR<br>010 | SUCp<br>CIPTUR | Data<br>05/12/2019 | S/Sector<br>OESTE | H/Transm<br>16:30 | H/Ini<br>16:30 | CH/H<br>16:35 | H/Fi<br>17:30 |
|------------|----------------|--------------------|-------------------|-------------------|----------------|---------------|---------------|

|                       |                     |                           |                |                |
|-----------------------|---------------------|---------------------------|----------------|----------------|
| Cód. Oc.<br>1001/1003 | Cód. Prov.<br>13999 | Cód. Ser. Prest.<br>----- | Km/Ini<br>XXXX | Km/Fin<br>XXXX |
|-----------------------|---------------------|---------------------------|----------------|----------------|

## LOCAL DE OCORRÊNCIA

ATAIDE TEIVE C/ AV. DOS CORRETORES DE  
AV IMOVEIS

Bairro EQUATORIAL

CAIXA  
Ref. ECONOMICA

## PESSOAS RELACIONADAS

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

## VEÍCULOS/DANOS

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

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

ASSINAT JRA

CARGO

LOCAL

## HISTÓRICO

SENHOR (A) DELEGADO(A)

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

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

LOGO EM SEGUIDA OS VEICULOS FORAM LIBERADOS NO LOCAL.

OSANIEL

40.230-3

Cadastro

2º SGT PM

Posto/Graduação

CIPTUR/CPC

SUOP

3258



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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00046044/2019

## DADOS DO REGISTRO

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

## DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

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

Local do Fato

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

NaturezaMeio(s) Empregado(s)

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

Veículo

## ENVOLVIDO(S)

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

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 42

Profissão: Taxista

Estado Civil: Sem Informação

Endereço

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

Nº: 153

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

Nacionalidade: Venezuelana

Sexo: Masculino

Nasc: 09/01/1985 Idade: 35

Profissão: Eletromecânico

Escolaridade: Ensino Superior Completo

Estado Civil: União Estável

Naturalidade: Guayana / Bolívar

Nome da Mãe: Carmen Maria Romero

Nome do Pai: Carlos Jose Farias

Documento(s)

CPF: 706.595.972-41

Endereço

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

Nº: 225

## OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)



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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00046044/2019

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

| Nome Envolvido            | Envolvimentos |
|---------------------------|---------------|
| Roberto dos Santos Araújo | Possuidor     |

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

| Nome Envolvido            | Envolvimentos |
|---------------------------|---------------|
| Julian Jose Farias Romero | Possuidor     |

## RELATO/HISTÓRICO

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



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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00046044/2019

Jefferson Inácio Araújo  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 042000008

Jefferson Inácio Araújo  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000008  
Responsável pelo Atendimento



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

# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000026159-8

---

Autenticação:

CB827D12027DBC5EA342ADB28F431847E93544AE8551E0713192E71C02FDA87A