

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima
[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2980464620210216150247

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

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)												
Realces																	
Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória																	
Filtros																	
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>																	
12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12																	
500 por pág. 1																	
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por														
12	16/02/2021 15:02:47	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">12.1 Arquivo: Petição</td><td style="width: 40%;">Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="width: 40%; text-align: right;"> 2784777CONTESTACAO01.pdf</td><td style="width: 10%; text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>12.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;"> 2784777CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;"> KIT SEGURADORA LDER.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> </table>						12.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2784777CONTESTACAO01.pdf	Público	12.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2784777CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público	12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
12.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2784777CONTESTACAO01.pdf	Público														
12.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2784777CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público														
12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público														
LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA 11 15/02/2021 09:23:52 Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 18/02/2021 referente ao evento de expedição seq. 10. EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE 10 12/02/2021 15:20:50 Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO 9 10/02/2021 15:57:25 Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (03/02/2021) LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA 8 08/02/2021 09:26:56 (Pelo advogado/curador/defensor de JULIAN JOSE FARIAS ROMERO) em 08/02/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (03/02/2021) e ao evento de expedição seq. 7. EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 7 04/02/2021 19:56:27 Para advogados/curador/defensor de JULIAN JOSE FARIAS ROMERO com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (03/02/2021) CONCEDIDO O PEDIDO 6 03/02/2021 15:03:37 CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL 5 03/02/2021 10:45:24 RECEBIDOS OS AUTOS 4 03/02/2021 10:45:24 REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR 3 03/02/2021 10:45:24 Registro de Distribuição DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 2 03/02/2021 10:45:24 1ª Vara Cível JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL 1 03/02/2021 10:45:24																	

CAERR
CPA-02 929 4670000-10
ESTADO: ESTADUAL ALAGOAS/AL
RUA MELHOR CASA, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 51300-610

Métrula: 1067150 | Março/2020

Dados do Cliente:		Endereço para entrega:					
MELLA DE OLIVEIRA PRIMO		RUA FOZ DO IQUACU, NÚM. 38775 - EQUITORI AL BOA VISTA RR 63317-330					
Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economas				
001.028.049.0340.000	37	1535	RESIDENCIAL 1				
Métrula	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto				
NÃO-MEDIDA		LIGADO	LIGADO				
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS				
LEITURA FAT.		10	0				
LEITURA INF.							
DT. LEITURA							
ULTIMOS CONSUMOS							
202002	10-0	Quantidade de Reais Distribuídos no Consumo:					
202001	10-0	Informações das Peças/Rolamentos na Rede de Distribuição:					
201912	10-0	DECRETO FEDERAL N.º 5000 - 2005 (M)					
201911	10-0	EXVENTA	CLORO	TURBIDEZ	CONE	C.TOTAL	E.COGO
201909	10-0	EXIGIBIL	18g	100	180	100	100
201908	10-0	ANALISADAS	214	214	214	214	214
MÉDIA	10	CONFIRMADAS	214	214	214	214	214
DESCRITAO	CONSUMO	TOTAL (R\$)					
AQUA							
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)							
CONSUMO DE AGUA	10 m³	23,83					
ESGOTO	80,0 % DO VALOR DE ÁGUA	19,06					
TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 01/2020		6,34					
RECUPERO: 15/04/2020	TOTAL A PAGAR		49,23				

Via do Cliente

Via da CIEP

CAERR

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

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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria da Oliveira Brinco

portador (a) do RG nº 155.248 expedido pelo SSP / RR
inscrito (a) no CPF 65445414272

Declaro para os devidos fins de comprovação de residência sob as penas de Lei (art.2º da lei 7.315/83).

Que o Sr. (a) Julian José Farias Romane

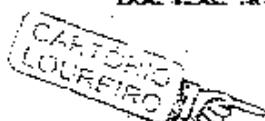
portador (a) do RG nº 19297805 expedido pelo _____
inscrito (a) no CPF 706.595.972-44

residente e domiciliado na Rua Faz do Iguaçu, 225 - Oquatonal

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

Art 299 - Omílio, em documento público ou particular, declaração que dela devia constar, ou nela 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.

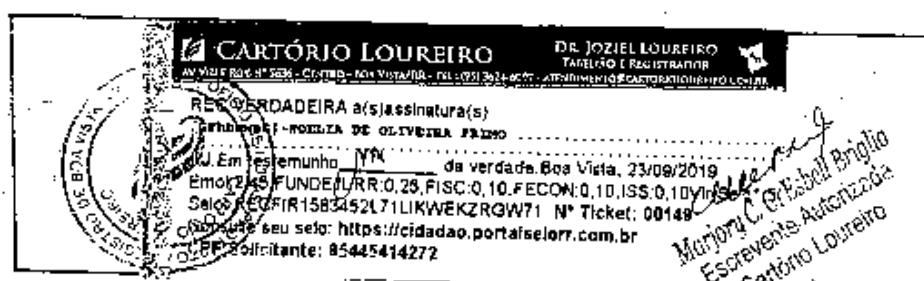
Boa Vista-RR, 23 de Setembro de 2019



Maria da Oliveira Brinco

DECLARANTE

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



Atto: 0510212020

Sistema : Ministério da Saúde		LAUDD PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
BLOCO A			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
Silvana José Ferreira Romero		177764	
7 - CERTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - SEXO	
8 9 1 8 0 0 5 1 8 1 3 9 1 4 1 5 1 5 1 3 1 9		M	
9 - DATA DE NASCIMENTO		10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL	
09/01/1945		Maria Romero	
11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)	
4599112359118		Rua - Faz de sangu 225 bairro	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Bom Jardim		15 - UF	
16 - CEP		17 - PRINCIPAIS SÍMPTOMAS CLÍNICOS	
<p>Migração com edema de membros inferiores e submucoso a orofarinal de nariz e céu oral expurgo</p>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAVES DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	
Patr. Imane Alves		Edema de membros inferiores	
21 - CODIGO PRINCIPAL 22 - CODIGO SECUNDARIO 23 - CODIGO CAUSAS ASSOCIADAS			
24 - DESCRITIVO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		26 - CLÍNICA	
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		30 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
Silvana José Ferreira		177764	
31 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	
João Alves Barbosa Filho		Médico Residente Ortopedista e Traumatologista	
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violências)			
33 - CNPJ DA SEGURODORA		34 - CNAE DA EMPRESA	
35 - CNAE DA EMPRESA		36 - SERIE	
37 - N° DO BIRELAT		38 - CÓDIGO	
39 - VENCIMENTO		40 - DESEMPREGADO	
41 - EMPREGADO		42 - VENCIMENTO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - AUTORIZAÇÃO	
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
E I CNS		47 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO		0408020423	
49 - VENCIMENTO		5524	

BOLETIM OPERATÓRIO

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 6/2/2008

*Júlio José Faria
Romero*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

*O paciente em D.D. N. solo sedoanalgésico.
B) Antes e depois
Blocooso de corpo inteiro
Indos volos e dor no dorso e com
dimensões variáveis de zero a quatro com
relações entre os corpos de 7 a 9 de Górgio
sendo como placa em costas e dor com
gordura em cada placa. Reduzido
com pressão com auxílio de inalação de
máscara
Sutura por placa com Nylon Vicryl 00
migração 500g
injetável
An R.D.*

*Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 1000*

DN 709.01.1985

PRE-ANESTESICO

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SAÍDA DE RECUPERAÇÃO		EMERGÊNCIA
Data _____	Hora _____	
<p><i>Exequibóquio 05.12.19 TAP 11.80th BNL 0.72th TTPA 29.80th</i></p>		
<p>Paciente enunciado em relação ao seu humor e as percepções alucinatórias a as realidades</p>		
<p><i>PAI, GOLDE, S. F. - 75 Anos TS, HOSPITAL E. VIEIRA, B. P. INTERNO 10000 - TAP 11.80th</i></p>		
<p>AUTENTICAÇÃO</p>		
<p><i>06 MAR 2003</i></p>		
<p><i>C. C. M. - Enfermeira</i></p>		
<p><i>Enfermeira de植物室</i></p>		



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
— "Avançando Pioneiro nas Fronteiras" —

FICHA DE ANESTESIA

04/08/2020

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Fentanil 100 µg/kg IV
midazolam 2mg/kg

	5:50	10:50	11:50	12:50
A G E N T E S	N 20 G7	10 20 40 25 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30	10 20 40 25 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30	10 20 40 25 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30
LÍQUIDOS VÍSCEROS	A M SF SF LSF SF Y D 500 500 500 250			
BA X	12 240 18 220 24 200 30 180 36 160 42 140 48 120 54 100 60 80 66 60 72 40 78 20	15 G 10 ANESTÉSICOS 12:50		
ULTRAS	30/108 180/180 180/180 180/180			
ANÉS	X			
CP O	120			
TEMP	100			
ACETYL A	80			
RESP b	60			
	40			
	20			
Espas				
Anest				
Compr	*	OK		
SÍMBOLOS	* 2 3 4 5 6	OK		

P-A

AGENTES

- Propofol 0,3% 180mg Bloqueio de plexo
- Ulcocaina 1% 350mg Bloqueio Fino
- nitroglicerina
- Dilacal 1000ml
- & sedativos leves

DOSES

TEMPO

ANOTADAS

- Horragão + cláustro
- ① Gato de 20 kg colado na parede
- ② Anestesia e antiespasmódico com óxido e torônico com óxido
- comprimidos estériles, identificando
- atendente e plexo supraclavicular
- infuso av reto do plexo
- Propofol 150 mg +
- 200 mg + Iohexol 1000 ml
- Levofen - Esfeno - Estreito Sacro
- Uretral - Uretral - Anus
- "Bucking" - Vagina
- Hemorragia - Análise
- cardioprotetora - Choque

GLUCOSE

LÍQUIDOS

Cálcio - Reta J.Om Faríngio

Keto / Endovenoso - Carga

Gel - Tampon - Célula de Tyro

Sob pressão

Glucosol Fáscia.

TEMPO DE ANESTÉSIA

TOTAL 1750ml 12:50

OPERAÇÃO

Osteosíntese de Antebraço E

Dr Jonathan
Dr Allende

B3 ^{MAN}
CRAVEN
D'Amille

extor E e infecções orais de
plex com Ringeracitrate 30mg e
Urokinase 150mg

- ③ Ceftriaxone 1g (IV)
 - ④ Dexamethasone 10mg (IV)
 - ⑤ Drotitacrom 40mg (IV)
 - ⑥ midazolam 5 mg (IV)

PRÉ-ANESTÉSICO

Nombre _____		Edad _____		Sexo _____		Letra _____		Servicio _____													
Siglo _____	Cent. _____	Idade _____	Peso _____	Alt. _____	Clares _____	Dato _____	Hora _____	Punto Asociado _____													
Diagn. Pre-OP _____																					
Género _____																					
Ant. Ant. _____																					
Ninguna _____																					
Alcohol _____ Fumar _____																					
Drogas: _____ (benzodiazepina, hipnotizante, narcótico, hipotético, digitalico, anticoagulante, diurético, antiálgico, sufa, anestésicos, MAO, pufos)																					
Estado Mental _____		Boca _____		Piel _____		Sangre Tipo: _____		Leuc: _____ HI: _____ HO: _____													
Pectus: _____		Venas: _____		Hc: _____ Ic: _____ Is: _____ a. Lact: _____		Hb: _____															
EV: _____		Arterias: _____		r. Cobr: _____ Pg: _____ Urina: _____		creat: _____ GM: _____ Na: _____ mEqL: _____															
EKG: _____		Capillares: _____		Cl: _____ mEq/L: _____ mEq/L pH: _____ pCO2: _____		pCO2: _____ PA: _____ BB: _____ BS: _____ BE: _____															
Hematograma: _____		Urinas: d: _____ pH: _____ glic: _____ Alb: _____		Sedim: _____																	
Orina: _____		Ap. gen. Uri: _____		Ap. Resp: _____																	
Primer Diagn. _____		Ap. Crt: _____		Ap. Digi: _____																	
EV: _____	Pulso: _____	Temperatura: _____		S. Osteo - Art: _____																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicación PDI - Ant.</th> <th>DOSE</th> <th>VIA</th> <th>HORA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>										Medicación PDI - Ant.	DOSE	VIA	HORA								
Medicación PDI - Ant.	DOSE	VIA	HORA																		
<p>Est. Fis (ASA): _____ AN. Propone: _____ NT: _____</p> <p style="text-align: right;">Firma _____</p> <p style="text-align: right;">Asistencia _____</p>																					

PÓS-ANESTÉSICOS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Julian José Farias Rovendo	366.3	377764	04/10/170
	CIRURGIA		

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL
Interrogação de natureza de antibiótico: 10:25	12:15		
EQUIPE MÉDICA			

IRURGIÃO	D. Alberto	ANESTESISTA:	Dr. Ubirajara Dra. Daniell
AUXILIAR	D. Manoelhas	INSTRUMENTADOR	

TIPO DE ANESTESIA: BFB | TEMPO DE DURAÇÃO: 01 hora

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MÉDICAMENTOS	VALOR
	PCT'S COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		10	FIO VICRYL N° 2 - 0 - 1	
	LUVA ESTERIL 8.0		11	FIO MONONYLON N° 2 - 0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LÂMINA BISTURI N° 20 / 15			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUCCÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML		11	SURGICEL atadura elástica 30 x m	
	SERINGA 03ML			CERA PT/OSO alveol 70g - 5ml	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA N° Vassoura e lopatart 10ml	
	SERINGA 10ML			GEOFoam Catetec 02	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA e equipa macio	
	globo N° 20		1	OUTROS: etiloides	

MATERIAL E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA CIRURGIA, VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
TRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHÉFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB-TOTAL
	<i>Erica</i>		
	<i>Joelma</i>		
DICTIONARIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
	<i>Edu</i>	TAXA DE ANESTESIA	
	<i>Wange</i>	SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA **Especialidade:** **Procedimento Realizado:**

Nome do Paciente: **IDADE:** **SEXO:** F M **Nº do Prontuário:** **Data:**

Bloco: Enfermaria: Leito: Nº da Sala Circulante de Sala:

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO

Dados dos materiais/Service

Hospital Geral de Roraima | Dados Adicionais: | Marca:

MÉDICO CIRURGÃO: Dr. Jonathus C. Andrade e Traumatologia - Ortopedia do Joelho 1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR: CRH-RR 1759

Empresa () Nome da Empresa:**SIRIUS () / SÍNTESÉ () / QUANTUM ()** Marca:
ATHENA () / MACON ()

MÉDICO CIRURGÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR: _____

1º VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigueiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-035 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (069-95) 2121 0637
E-mail: emr.hgr@rrn.com.br

SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ATIVIDADE DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA.
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



Nome: Julian Jose Tomos Romano
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

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		INTRA-OPERATÓRIO			SRPA	
1. Cirurgia Proposta: <i>MOTILIZAÇÃO do Antebraço</i>	Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia
2. Informações: Jejum: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Exames: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Reserva UTI: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Lateraldade: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não PNE: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual:	10:10	9:50	10:25	12:15	12:16	<i>Beta Prolactina</i>
3. Outros:	Cirurgia Realizada:	Anestesia	Posicionamento			
4. Chegou ao Centro Cirúrgico: <input checked="" type="checkbox"/> Deambulando <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Com Suporte de O2 <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Agitado	5. Exames na SO:	Hidratação Infundida: SF 0,9%: 1 SG 5%: 0 Outros:	Antibióticoterapia: Nome: <i>Clavulâncica</i> Dose: 150 Plasma: 0	Hemoderivados: CH: 0 Plaquetas: 0	Localização	
5. Sinais Vitais: T: <input type="checkbox"/> °C R: <input type="checkbox"/> rpm FC: <input type="checkbox"/> bpm PA: <input type="checkbox"/> mmHg SAT: <input type="checkbox"/> % L: Regular <input type="checkbox"/> Irregular	Nº de Compressas oferecidas: Nº de Compressas recolhidas: Exames na SO: (<input checked="" type="checkbox"/> Hb) (<input type="checkbox"/> Hb) Hemograma (<input type="checkbox"/> Rx) (<input type="checkbox"/> Gasometria) (<input type="checkbox"/> Outros):	Anatomia Patológica: (<input checked="" type="checkbox"/> Não) (<input type="checkbox"/> Sim) Nº Peças: Cultura: 0 Outros: 0	BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)			
6. Anotações (Admissão do Paciente): <i>Paciente ótimo de combate à cirurgia</i>	Legenda: 1. Eletrôdos 2. Oxímetro 3. Manguto PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT (<input checked="" type="checkbox"/> Não) (<input type="checkbox"/> Sim N) 12. SVD (<input type="checkbox"/> Não) (<input checked="" type="checkbox"/> Sim N) 13. Outros:	Entrada:	Saída			
7. Sinais Vitais: Saída da SO T: <input type="checkbox"/> °C R: <input type="checkbox"/> rpm PA: <input type="checkbox"/> mmHg SAT: <input type="checkbox"/> % L: Regular <input type="checkbox"/> Irregular	Horário 0' 15' 30' 45' 1h 01:30 h 2 h	Medição SF 0,9% CH: 0 SNG/ Volume Dreno/Qual	Horárias: 10:16 500 ml 10:16 SF 0,9% 10:16	SVD/Aspecto - - - - - -	Dreno/Qual	Outros
8. Despacho: <input checked="" type="checkbox"/> SRPA (<input type="checkbox"/> UTI) (<input type="checkbox"/> Outros): <i>Entrega para Enfermeira</i>	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)					
	<i>12:16 Paciente admitido em SRPA; em PO2 96% intubado de laringoscopia (F), hemodiluição e venoclise realizada, oximetro, TOT, cultivo feito F.O com conteúdo floculoso, tempo de evolução após RIA e encaminhado para SRPA de Morro 10:03.</i>					

**SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA**

Enfermeiro (a): José Luiz A. RibeiroHora: 10:32 Data: 03/02/22

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

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Pac. admitido na sala de ex. 01/02/22. Fratura de antebraço. Onde B.P.B. + feridas. Posteriormente.

Sexta:

Responsável:



106-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PREScrição MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	<i>Júlio Cesar Freitas Bento</i>		
AGNÓSTICO	<i>Não é agnóstico</i>		
ALÉRGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	106-3	DATA
ITEM	PREScrição		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		5ND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		MANTER
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H		14.02.06
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		14.02.06
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 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 1X/DIA		06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		S/N
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		18/24.05
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		10.22
12			
13			
14			
15			
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		S/N
17	SSV + CCGG 6/6 H Dr. Augusto Cavalcante		ROTINA
18	CURATIVO DIÁRIO Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM RR 1964		ROTINA
19			
20			
21			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DETIDAO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, AÇAÎNÓTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORDADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:			
SINAIS VITAIS			
6 H	128x84	FC 78	FR 22 76/2
12 H			
18 H	140/90	105	92 76/2
24 H	115x74	85	22 36,1
MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			

1800 paciente no auto
fuso novo com ossos (900-7325
0400 paciente no leito flete
02 250 preservadas sobre maca.

JO6-3

HÓSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE JULIAM JOSE FARIAS			
AGNOSTICO: FX ANTEBRAÇO E			
ALÉRGIAS		HAS	NEGA
IDADE		LEITO	106-3
ITEM		PRESCRIÇÃO	
1 DIETA ORAL LIVRE		SN	
2 ACESSO VENOSO PERIFERICO		10/02	
3 SF 0,9% 500ML EV 12/12H		14 02	
4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H		18 24 06	
5 SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 H SN		SN	
6 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN		SN	
7 NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM		SN	
8 OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA		06	
9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		SN	
10 CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		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 + COGG 6/6 H		Rotina	
18 CURATIVO DIÁRIO		Rotina	
19			
20			
21			
SE DIABÉTICO CORRECÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DETALHADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA			
SINAIS VITais		6 H	PA
		12 H	FC
		18 H	FR
		24 H	
DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 2028			

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 _____ ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, _____ COM
DIAGNÓSTICO DE _____

NO DIA 04/02/20, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
_____ SENDO
OPERADO PELO DR. João Pedro E DR. Thiago

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 04/02/20 AS 16:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 11/02/20 AS 16:00 COM O
DR. João Pedro

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. João Pedro

BOA VISTA, 05/02/20

Ortopedia Residência
Ortopedia e Traumatologia
04/02/2021

MEDICO

... Laudo Para Solicitud De A. I. H. ...

106-3

SUS Sistema Ministro de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JULIAN JOSE FARIA ROMERO

6 - N.º DO PRONTUÁRIO
00177764

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
890005839415538

8 - DATA DE NASCIMENTO
09/01/1985

9 - SEXO
1 - Masculino

10 - RACA / COR
10.1 - ETNIA PARDA

11 - NOME DA MÃE
CARMEN MARIA ROMERO

12 - TELEFONE DE CONTATO
(95) 99125-9181

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
JULIAN JOSE FARIA ROMERO

14 - TELEFONE DE CONTATO
(95) 99125-9181

15 - ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO)
RUA: FOZ DO IGUAUÇU - 225 - EQUATORIAL

16 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA
BOA VISTA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO - 18 - UF
140010 RR

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES CLÍNICAS NA FORMA ATUALIZADA

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

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INSERÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

03/02/2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO **EMPREDEDOR** **AUTÔNOMO** **DESEMPREGADO** **APOSENTADO** **NÃO SEGURO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISOR

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

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

28/02/2020 08:13:55

Notariais

ID: EMErg

NASC:

REC:

Tec. MAPC/C







Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
706.595.972-41

Nome
JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Nascimento
09/01/1985



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E URNA ESQUERDA.

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



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 - N° 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: N° 254/19/DAT. Referência: BO, N° 046044/2019 - DAT.

NOME: JULIAN JOSÉ FARIAS ROMERO

NOME SOCIAL: PREJUDICADO

NACIONALIDADE: VENEZUELANA

NATURALIDADE: SUL DA BOLÍVIA

IDADE: 34 ANOS

SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

COR: PARDA

PROFISSÃO: ELETROMECÂNICO

ESCOLARIDADE: PREJUDICADO

DOCUMENTAÇÃO: CPF, N° 706.595.972-41

TELEFONE: 99137-5022

FILIAÇÃO: CARLOS JOSÉ FARIAS e CARMEN MARIA ROMERO

ENDEREÇO: RUA FOZ DO IGUAÇU - N° 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 taça gessada, edema local e sutura da lesão contundente no antebraço esquerdo.

AUTENTICAÇÃO

Esta é a cópia correta com o documento original que foi apresentado em Cartório Boa Vista/RR, 22/01/2020.

DISCUSSÃO:

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

CONCLUSÃO:

- Periciando vítima de ação contundente e corto-contundente.

QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:

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

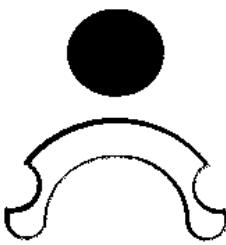
Para ser verificada digitalmente este documento que depois de revisado e achado conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim: *Macielle A. F. Chaves*

Macielle A. F. Chaves
Medicina Legalista
CRM-RR
CRM-BR

IML-RR

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



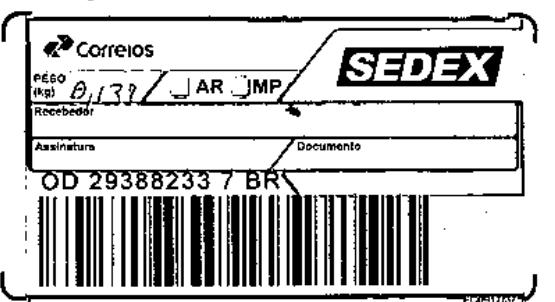


Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



06.07.2020



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient

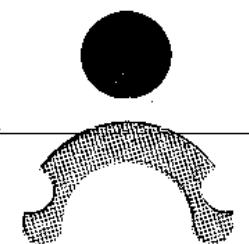
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A
RUA DA ASSEMBLEIA, 100 24º ANDAR, CENTRO
RIO DE JANEIRO - RJ
CEP: 20011-904

ATENDIMENTO



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

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLQ7 V6GAV MJV8B LV3XU



Seguro **DPVAT**

O Seguro do Acidente de Trânsito

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

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

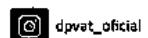
site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

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

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

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Juliana José Farias Romane		99137-5022	
ENDEREÇO / Address		Email: Noeliaoliveira715@gmail.com	
Rua Pqz do Iguaçu N° 225 B - Biquatiba			
CEP / zip	CIDADE / city	UF / State	PAÍS / Country
69317-330	Boa Vista	R.R	Brasil
  *RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE*			



ATENDIMENTO

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

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: *Júlia Josefa Ferreira Ribeiro*
 Data do Acidente: *05.12.2019* Possui CPF: Sim Não N° CPF: *406.595.972-41*

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- Registro de Ocorrência Policial - Sim Não - original ou cópia autenticada
 Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
 Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (original)
 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 (IMI) - 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:

PORADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):	<i>Júlia Josefa Ferreira Ribeiro</i>		
Quem é o portador?	<input checked="" type="checkbox"/> vítima	<input type="checkbox"/> Beneficiário	<input type="checkbox"/> Representante Legal
CPF do portador:	<i>406.595.972-41</i>		
E-mail:	<i>(15) 99137-5022</i>		
Data:	<i>26.06.2020</i>	Assinatura:	<i>Júlia Josefa Ferreira Ribeiro</i>

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):	<i>AC BVA</i>	
Atendente:	<i>Breno Souza Vilela</i>	Matrícula: <i>85701047</i>
Data:	<i>26.06.12</i>	Assinatura: <i>Breno Souza Vilela</i>



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: *Juliana Josefa Farias Romano*
 Data do Acidente: 05/12/2019 Possui CPF: Sim Não N° CPF: *406.595.972-41*

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

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

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
 Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 Certidão de Óbito dos filhos da vítima (cópia simples)
 Outros Documentos apresentados:

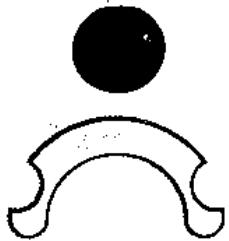
PORADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):	<i>Juliana Josefa Farias Romano</i>		
Quem é o portador?	<input checked="" type="checkbox"/> Vítima	<input type="checkbox"/> Beneficiário	<input type="checkbox"/> Representante legal
CPF do portador:	<i>406.595.972-41</i>		
E-mail:	<i>(95) 99137-5022</i>		
Data:	<i>26/06/2020</i>	Assinatura	<i>Juliana Farias</i>

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):	<i>AC BVA</i>	
Atendente:	<i>Breno Souza Monteiro</i>	Matrícula: <i>80701047</i>
Data:	<i>26/06/20</i>	Assinatura
		<i>Breno S. Monteiro</i>





Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



SINISTRO 3200253117

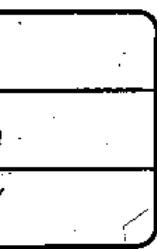
**SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

DESTINATÁRIO / Recipient

CE
Zip

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

CENTRO
RJ



ATENDIMENTO



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

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLQ7 V6GAV MJV8B LV3XU



Seguro **DPVAT**

O Seguro do Acidente de Trânsito

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

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

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

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat_ofida



DPVATOofcial

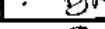


OPVATOfficial



seguradoraalider-dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender	TELEFONE / Phone Number		
Julian José Farias Romero			
ENDERECO / Address			
Rua Foz do Iguacu, 225 Equatorial			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
69317-330	Boa Vista	RR	BR
320025317	 RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE		
	 PROBAG www.probag.com.br Tel: (52) 3204-2000		

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO

POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

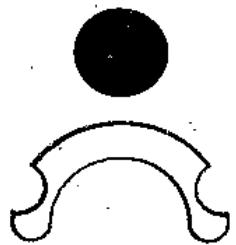
ATENDIMENTO



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







Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



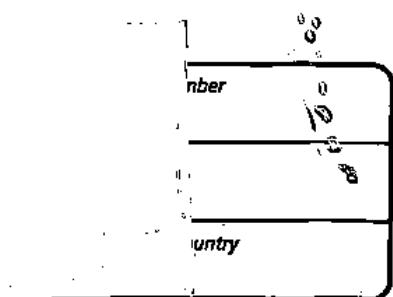
09.50



**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

0 0 8 0 0



ATENDIMENT



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

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLQ7 V6GAV MJV8B LV3XU



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO

POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

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

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

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
<i>Jane Jon Faria Romero Rua Foz do Iguaçu</i>			
ENDERECO / Address			
<i>Rua Foz Do Iguaçu 225</i>			
CEP / Zip	9317-330	CIDADE / City	UF/State PAÍS / Country
		PROBAG www.probagnet.com.br Tel: (52) 3394-2900	
<p>"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"</p>			

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	/	3º	/	2º	/	4º	/	3º	/	5º	/
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico											
<small>Information provided for doorman or condo manager</small>											
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em											
<small>Reinstated to service post</small>											
Data / / Responsável											



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199543/20

Vítima: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

CPF: 706.595.972-41

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/12/2019

Titular do CPF: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JULIAN JOSE FARIAS ROMERO : 706.595.972-41

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Diogo Vieira da Silva



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

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200253117

Vítima: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15950737



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

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200253117

Vítima: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200253117 Vítima: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Data do Acidente: 05/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000026159-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200253117

Vítima: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIAN JOSE FARIAS ROMERO

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

00070679

Pag. 01357/01358 - carta_09 - INVALIDEZ

Carta nº 16267611

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLQ7 V6GAV MJV8B LV3XU



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: **Julian José Farias Romano** 6 - CPF: _____
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: **Rua Fogto Iguacu** 9 - Número: **225** 10 - Complemento: **Casa**
11 - Bairro: **Equatorial** 12 - Cidade: **Boa Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69317330**
15 - E-mail: **Noll.oliveira.714@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) Caja Económica 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: **26159 8**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34
Impressão
digital da
víma ou
beneficiári
ão alfabetizado

Julian José Farias Romano

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

406595972-41

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

Julian José Farias Romano

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

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

Julian José Farias Romano

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nome simbólico ou ASL: **00046044/2089** 3 - CPF da vítima: **406695972-41** 4 - Nome completo da vítima: **Julian José Farias Romano**

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

5 - Nome completo: **Julian José Farias Romano** 6 - CPF: _____
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: **Rua Fog do Iguaçu** 9 - Número: **225** 10 - Complemento: **Casa**
11 - Bairro: **Espirito Santo** 12 - Cidade: **Boa Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69317330**
15 - E-mail: **Noeli.oliveira.414@gmail.com** 16 - Tel. (DDD): **(95) 99125-9181**

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

17 - Nome completo 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: **6953** CONTA: **26159 8**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na 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 testamento (testamenteiro)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impresário
destral da
vítima ou
beneficiário
que habere pedido

Julian José Farias Romano

406595972-41

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

Julian José Farias Romano

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

406595972-41

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

Julian José Farias Romano

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

Extrato de Conta Corrente e Investimento

Agência/Conta: 6953/26159-8
JULIAN JOSE FARIAS ROMERO Pessoa Física
CPF: 706.595.972-41 Tipo: Individual
Escor: 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/APLICAÇÃO PROGRAMADA SUJEITOS
A CONFIRMACAO DE SALDO NA DATA PREVISTA.
-----FIM

P: LANCAMENTOS EM POUP SALARIO

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

CIPTUR

Nº 811397

VTR	SUCP	Data	S/Sector	H/Transm	H/Ini	C/H	H/Fi
010	CIPTUR	05/12/2019	ESTE	16:30	16:30	16:35	17:30

Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prést.	Km/Ini.	Km/Fim
1001/1003	13999		XXXX	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 IGUACU Nº 225 – EQUATORIAL

Edt. R.G N.I. CNH 07311060078 Profissão: MOTORISTA

VEÍCULOS/DANOS

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

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

ASSINATURA

CARGO

Delegado

LOCAL

4º DP

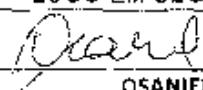
HISTÓRICO

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 SEGUITA 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 SEGUITA OS VEICULOS FORAM LIBERADOS NO LOCAL.


OSANIEL

40.230-3

Cadastro

2º SGT PM

Posto/Graduação

CIPTUR/CPC

SUO

3258

Fls: 1
Visto:



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: Débora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

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

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Equatorial

Logradouro: Ataíde Teive

Complemento: Próximo à Avenida Corretores de Imóveis

Tipo do Local: Via Pública

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

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: ROBERTO DOS SANTOS ARAÚJO (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR (AUSENTE), EN VOLVIDO (AUSENTE))	
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino
Profissão: Taxista	Idade: 42
Estado Civil: Sem Informação	

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Sebastião Peixoto

Nº: 153

Bairro: Dr. Silvio Botelho

Nome Civil: JULIAN JOSE FARIA ROMERO (VÍTIMA , COMUNICANTE , EN VOLVIDO)	
Nacionalidade: Venezuelana	Sexo: Masculino
Profissão: Eletromecânico	Nasc: 09/01/1985 Idade: 35
Estado Civil: União Estável	Escolaridade: Ensino Superior Completo
Nome da Mãe: Carmen Maria Romaro.	Naturalidade: Guayana / Bolívar
Nome do Pai: Carlos Jose Farias	

Documento(s)

CPF: 706.595.972-41

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Foz do Iguaçu

Nº: 225

Complemento: Casa

Bairro: Equatorial

Telefone: (95) 99125-9181 (Celular)

OBJETO(S) EN VOLVIDO(S)



Fls: 2
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00046044/2019

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

Nome Envolvido	Envolvimentos
Roberto dos Santos Araújo	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motonete
CPF/CNPJ do Proprietário 654.454.142-72	Placa NAP-7617
Renavam 00549929916	Número do Motor KC16E5D312923
Número do Chassi 9C2KC1650DR312923	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor PRETA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD
Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Julian Jose Farías 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 condutor de uma 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.

Fls: 3
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00046044/2019

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat. 042000090

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

ASSINATURAS
DATA
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

*Declara para os devidos fins do direito que sou eu (a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e que não posso responder civil e criminalmente pelo presente documento que de origem, contém o previsto nos Artigos 339-Condenação Culposa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 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