

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início   Ações 1º Grau   Ações 2º Grau   Parecer   Citações   Intimações   Audiências   Sessões 2º Grau   Buscas   Estatísticas   Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:  
2980464620210216150247

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

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

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

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

500 por pág.

1



CNPJ: 07.938.487/0001-12  
RUA DO LAR, 257 - JARDIM ALVES, 128-1  
RUA MELHIA, QUAIS 214 - SÃO PEDRO - DER. 13.506-610



Matrícula: 1067150

Março/2020

<b>Dados do Cliente:</b> MOJIA DE OLIVEIRA PRIMO		<b>Endereço para entrega:</b> RUA FOL DA IGUAÇU, NÚM. 88775 - ESMATONI AL. JON VISTA NR. 69317-338	
<b>Inscrição</b> 001.028.049.0340.000	<b>Rota</b> 37	<b>Seq.Rota</b> 1535	<b>Quantidade de Economias</b> RESIDENCIAL
<b>Hidrometro</b> NÃO MEDIDO	<b>Data de Instalação</b>	<b>Situação Água</b> LIGADO	<b>Situação Esgoto</b> 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		
<b>MEDIA</b>	<b>10</b>		
<b>Quantidade de Água Distribuída ao Consumidor</b>			
Informações das Análises Realizadas na Rede de Distribuição DECRETO FEDERAL N.º 5408 / 2005 Q.M.			
<b>EXIGIBIL</b>	<b>CLORO</b>	<b>TURBID</b>	<b>PH</b>
180	100	180	100
<b>AMPLIEND</b>	<b>214</b>	<b>214</b>	<b>214</b>
<b>CONFORME</b>	<b>214</b>	<b>214</b>	<b>214</b>
<b>DESCRICA</b>	<b>CONSUMO</b>	<b>TOTAL (R\$)</b>	
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	23,83	
ESGOTO	60.0 % DO VALOR DE ÁGUA	19,06	
TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 01/2020		6,34	
<b>VENCIMENTO</b>		<b>TOTAL A PAGAR</b>	
15/04/2020		49,23	



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

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



## DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

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

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

Que o Sr. (a) Julian José Farias Romane  
portador (a) do RG nº 19297805 expedido pelo  
inscrito (a) no CPF 706.595972.41

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

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

Art 299 - Omittir, em documento público ou particular, declaração que  
deve 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 reais a cinco  
contos de reais, se o documento é particular.

Boa vista-RR, 25 de setembro de 2019

CARTÓRIO  
LOUREIRO

Juliana de Oliveira Primo

### DECLARANTE

(Reconhecimento e Assinatura)

Apesar cópia de algum comprovante de endereço declarado  
(Água, Luz ou Telefone).

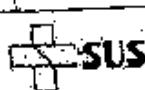
Preferencialmente em nome do declarante ou genitor

**CARTÓRIO LOUREIRO** DR. JOZIEL LOUREIRO  
TAREFO E REGISTRAR

RECONHECIMENTO a(s) assinatura(s)  
FUNDAMENTO: JULIANA DE OLIVEIRA PRIMO  
Em testemunho XX da verdade. Boa Vista, 23/09/2019  
Emolpo: 2,45 FUNDE/RR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10  
Seio: REC/RR1583452171LIKWEKZRGW71 N° Ticket: 00149  
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>  
CPF solicitante: 85445414272

Majoria C. Esp. Ball Brighio  
Escritório Autorizada  
Cartório Loureiro

Atto: 05/02/2020

 Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
---	---------------------	---

**BLOCO A**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		3 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		5 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		6 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
8 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		9 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - CDD - URG. MUNICIPAL	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - UF	
16 - CEP		17 - CID - 10 PRINCIPAL	

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
<i>paciente com quadro de DM do tipo 2 submetido a tratamento de insulina e dieta equilibrada</i>	

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
<i>Doença</i>	

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
<i>RX 7 exame físico</i>	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	
<i>paciente de DM do tipo 2</i>	

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
<i>Colocação de insulina de ação rápida</i>		26 - CLÍNICA	
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	

31 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO		36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	
37 - CNPJ DA EMPRESA		38 - CNPJ DO EMPREGADOR	
39 - CNPJ DA EMPRESA		40 - CNPJ DO EMPREGADOR	
41 - CDD		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CDD - ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

## BOLETIM OPERATÓRIO

GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

### BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 4.2.2020

Juliano José Farias  
Romero

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

1) Ponte em D H sob sedação  
2) Anestesia e Analgesia  
3) Colocação de campo estéril  
4) Incisão vertical e de 4cm em antebraço E com  
direção por plano de giro de quadrado com  
plano de corte com 4cm de 1º de 6cm de 1º  
incisão como placa em cada plano com  
sutura em cada plano. Redução  
comprimada com curativo de identificação de  
incisão  
5) Sutura por planos com Nylon Vinyil 4/0  
MC com 5/0, 2/0  
curativo  
Ass R. D. D.

Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1984

**PRE-ANESTÉSICO**

PÓS-ANESTÉSICOS	
NA SALA DE RECUPERAÇÃO	EM INTENSIVIDADE
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Data: <u>05.12.19</u></span> <span>Hora: <u>11.30</u></span> </div> <p><u>ecglografia</u> <u>05.12.19</u> <u>TAP 11.30"</u>  <u>BNI 0.72"</u>  <u>TTPA 29.30"</u></p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Data: <u>05.12.19</u></span> <span>Hora: <u>11.30</u></span> </div> <p><u>Paciente acordado em relação</u>  <u>ao jejum e ao protocolo</u>  <u>analógico e de analgésico</u></p>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Assinatura: _____</span> <span>Assinatura: _____</span> </div>	<div style="text-align: center;"> <p>AL. GILLES              TS. FERRAZ              TS. FERRAZ</p> <p><b>AUTENTICAÇÃO</b></p> <p><u>05.12.19</u></p> <p><u>[Assinatura]</u></p> <p>Assinatura: _____</p> </div>



### FICHA DE ANESTESIA

Julian Jose Flores Romero

04/06/2020

[illegible]

Canote da Arteredia: 1 de 50ml

oxla E e Injeção ao redor do  
 plexo com Ropivacaina 30mg e  
 Ultracaina 150mg  
 3) Gatifloxa 1g (IV)  
 4) Diclofenaco 10mg (IV)  
 5) Ibuprofeno 40mg (IV)  
 6) Midazolam 5mg (IV)



## PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: _____		End: _____		Leão _____		Serv: _____	
Sexo: _____		Cor: _____		Idade: _____		Peso: _____	
Alt: _____		Classe: _____		Data: _____		Hora: _____	
Diagn. Pre-Op: _____				Pain: Assoc.: _____			
Glt. Genitor: _____							
Anest. An: _____							
Analg: _____							
Anxiol: _____ Furo: _____							
DOSSAS: _____ (anticoagulantes, hipotensor, narcótico, hipotico, digitalico, antiácido, diurético, antidiabético, sulfas, vasopressor, IMAO, outros)							
Estado Mental: _____ Boca: _____							
Prontidão: _____ Voz: _____							
RX: _____							
Fis: _____							
H. Program: _____							
Outros: _____							
Prontidão Clínica: _____							
An: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____							

Medicação Pré-Op - An,	DOSE	VIA	HORA

Sangue Tipo: _____		Leuc: _____		Ht: _____		Ha: _____	
Hem: _____		lc: _____		ls: _____		p. Lq: _____	
r. Coag: _____		Rq: _____		Unio: _____			
Creat: _____		Glc: _____		Na: _____		mEq: _____	
Cl: _____		mEq/30: _____		mEq/1 pH: _____		pO2: _____	
pCO2: _____		DA: _____		BB: _____		NS: _____	
URINA: d: _____		pH: _____		glc: _____		Alb: _____	
Sedim: _____							
Ap. gen. Ur: _____							
AP. Resp: _____							
AP. Cir: _____							
AP. Dig: _____							
S. Cardio - Pul: _____							
S. Nerv: _____							
S. Endoc: _____							
Est. Fis (ASA): _____				AN. Proposte: _____			
NR: _____							
Assinatura: _____							

## PÓS-ANESTÉSICOS

### NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

24.02.2020 Hora 13:30  
Alto do SAPA para o  
bloco com Alameda e  
expresso, fotos, vídeos

R3 Daniele  
Dr. Ubirajara

Assinatura







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
William José Soares Romão	063	377764	04.10.2017
CIRURGIA			

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
Resintese de pterose de antebraço	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	10:25	12:15	

EQUIPE MÉDICA		
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Dr. Ubirajara
PA ADJUNTO	RES. ANESTESIA:	Dr. Daniel
PA ADJUNTO	INSTRUMENTADOR	
	CIRCULANTE	

TIPO DE ANESTESIA: B + B	TEMPO DE DURAÇÃO: 01h 10min
--------------------------	-----------------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS 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	
	LUVAS 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	101
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL atordado 30x30	
	SERINGA 03ML			CERA PROSSO - alveol 70x7 - 50ml	
	SERINGA 05ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML			GEFOAM - Cateter 02	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA e quipó macio	
	gelo nº 70		1	OUTROS: atelidos	

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



**"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"**

## CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ginecologia		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: MARCIA APARECIDA DE SOUZA		IDADE: 36	SEXO: F ( ) M ( ) F	Nº do Prontuário 11272	Data 11/07/86
Bloco: A	Enfermaria: 46	Leito: 1	Nº da Sala 1	Circulante de Sala: 11/07/86	

**CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:**

### Dados dos materiais/Serviço

[illegible]

**MÉDICO CIRURGIÃO:**

Dr. Jonathas C. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
Clínica do Joelho  
CRM-RR 1759 TEOT 14272

## 12. AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

[illegible]

**MÉDICO CIRURGIÃO;**

**1º AUXILIAR:**

INSTRUMENTADOR:

º VIA-PRONTUARIO

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



Termo de Consentimento Anestesia: ☒ ) Sim ( ) Não

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019

Enfermeiro (a): Isabela A. RibeiroHora: 10:30 Data: 02/02/20

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

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Pac. admitido na sala 01 71 01. História de antebraço @ sala B.P.B. + náuseas. pós término em a  
Sala

Responsável:

Ribeiro

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019



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 José Farias Ribeiro				
AGNOSTIC	fratura da espinhela				
ALÉRGICAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	106-3	DATA	4/2/21	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			MANUTER	
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H			14:00	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			14:00	
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			08:00	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			18:00	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			10:00	
12					
13					
14	Tramal 100mg 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 RR 1984	
21					
SE DIABÉTICO-CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFÉBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDIÇÃO: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					
SINAIS VITAIS					
6 H	120x84	FC 78	FR 22	36,2	
12 H					
18 H	140/90	105	22	36,6	
24 H	115x74	85	22	36,1	
MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					

1800 paciente no leito  
4/20 paciente no leito  
02/20 preservados após exame.

J06-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JULIAM JOSE FARIAS					
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				manhã
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 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				19 18 24 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				res 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					
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:</b> 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					
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b> # ENCONTRO: PACIENTE DETIDO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: REG: ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDIÇÃO: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					
<b>SINAIS VITAIS</b>					
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					
DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 2028					



ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

**ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA**

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

**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**

**MONITORAMENTO 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

Assinatura: R. B. Barcelo  
Data: 04.02.2020 Hora: 9:40

**ANTES DA INCISÃO**

Anestesista: Dr. Ubaldino

**PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)**

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

**CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:**

- ☐ Identificação do paciente  
☒ Sítio cirúrgico  
☒ Procedimento

**EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:**

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

**A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.**

- ☐ Não se aplica

☒ Sim,

Qual: cefazolin 1g Hora: 10:00

**AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.**

☒ Sim

- ☐ Não se aplica

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

**SAÍDA (Sala Pós Operatória)**

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

**1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO**

- ☒ Sim ☐ Não

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

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

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

- ☐ Sim ☒ Não ☐ Não se Aplica

**SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO**

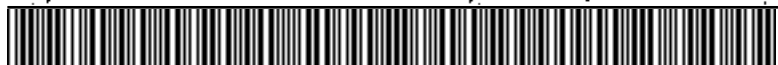
- ☐ Sim ☒ Não

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

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

Carimbo: 6158164



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 02/02/20 COM  
DIAGNÓSTICO DE fx. Antebraço

NO DIA 04/02/20 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Artroscopia do Antebraço SENDO  
OPERADO PELO DR. Forato E DR. Almeida

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 05/02/20 ÀS 15:00 EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 1/1 ÀS 15:00 COM O  
DR. Forato

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. Forato

BOA VISTA, 05/02/20

MÉDICO



Laudo Para Solicitação De A. I. H. ...

106-3

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				231965-9					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR									
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR				231965-9					
Identificação do Paciente				6 - Nº. DO PRONTUÁRIO					
5 - NOME DO PACIENTE				00177764					
JULIAN JOSE FARIAS ROMERO									
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		10 - RAÇA / COR		10.1 - ETNIA	
898005839415539		09/01/1983		1 - Masculino		PARDA			
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO					
CARMEN MARIA ROMERO				(95) 99125-9181					
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO					
JULIAN JOSE FARIAS ROMERO				(95) 99125-9181					
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF		19 - CEP	
RUA: POZ DO IGUAÇU - 225 - EQUATORIAL				140010		RR			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				BOA VISTA					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
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	
27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO		32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE			
CIRURGIA GERAL		ELETIVO							
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)			
				03/02/2020					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)									
36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº. DO BILHETE		41 - SÉRIE			
37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ DA EMPRESA		43 - CNIE DA EMPRESA		44 - CBOR			
38 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO									
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA									
<input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO									
AUTORIZAÇÃO									
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47 - COD. ORGÃO EMISSOR		52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
48 - DOCUMENTO		49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPE) PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPE									
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)							

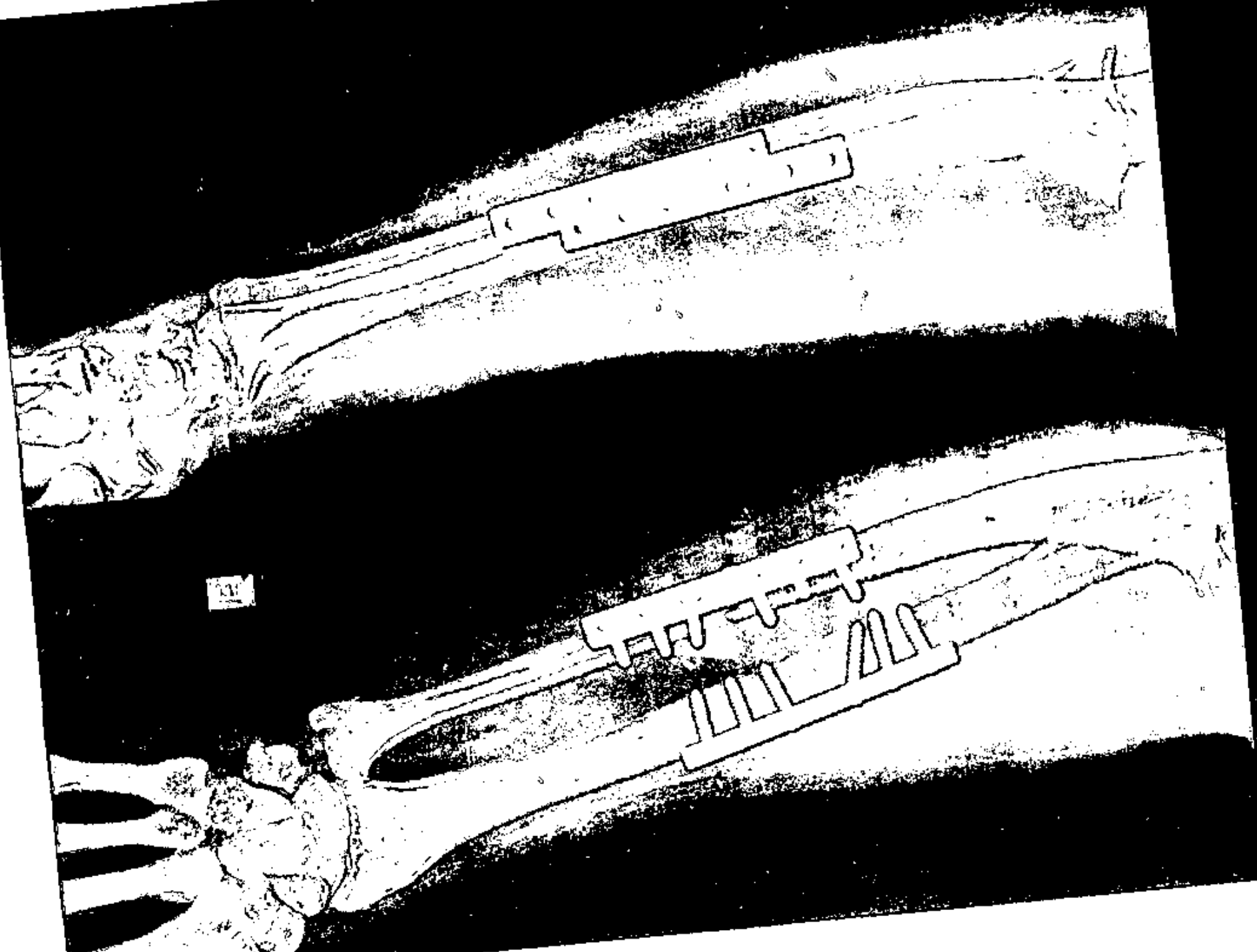
Tec. MARCIO

Nasc:

ID: EMERG

53:1:80 0202/2018



Nome: JULIAN JOSE





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



	<b>Ministério da Fazenda</b> <b>Receita Federal</b> COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF	
<b>Número</b> <b>706.595.972-41</b>		
<b>Nome</b> <b>JULIAN JOSE FARIAS ROMERO</b>		
<b>Nascimento</b> <b>09/01/1985</b>		



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 72122019-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 - DP. DAT.

NOME: <b>JULIAN JOSÉ FARIAS ROMERO</b>	
NOME SOCIAL: <b>PREJUDICADO</b>	
NACIONALIDADE: <b>VENEZUELANA</b>	NATURALIDADE: <b>SUL DA BOLÍVIA</b>
IDADE: <b>34 ANOS</b>	SEXO: <b>MASCULINO</b>
ESTADO CIVIL: <b>SOLTEIRO</b>	COR: <b>PARDA</b>
PROFISSÃO: <b>ELETRÔMECÂNICO</b>	ESCOLARIDADE: <b>PREJUDICADO</b>
DOCUMENTAÇÃO: <b>CPF. Nº 706.595.972-41</b>	TELEFONE: <b>99137-5022</b>
FILIAÇÃO: <b>CARLOS JOSÉ FARIAS e CARMEN MARIA ROMERO</b>	
ENDEREÇO: <b>RUA FOZ DO IGUAÇU - Nº 225 - BAIRRO EQUATORIAL - RR</b>	
DATA/HORA DO EXAME: <b>27/12/2019, às 09 horas e 38 minutos</b>	
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.

**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 verdade, digitei este documento que depois de registrado e autenticado eletronicamente, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim: **Benigno José de Oliveira**

**Macielle F. F. Chaves**  
Médica Legista  
CRM 657

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)	0,137	AR MP
Recebedor		
Assinatura		Documento
OD 29388233 7 BR		

## SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO

### POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient

EA

CE  
ZIP

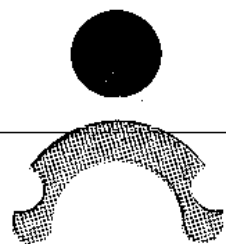
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A  
RUA DA ASSEMBLEIA, 100 24º ANDAR, CENTRO  
RIO DE JANEIRO - RJ  
CEP: 20011-904

ATENDIMENTO



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](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

**Correios**

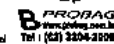
REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Juliano José Karlos Romero		991375022	
ENDEREÇO / Address		Email: Noelsoliveira715@gmail.com	
Rua Roz do Iguaçu nº 225 B. Equatorial			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAIS / Country
69317-330	Boa Vista	RR	Brasil



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



Material reciclável

PROBAG  
www.probag.com.br  
Tel: (041) 3204-2208

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 .....		



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

# 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  
☐ Comprovações 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): Juliano José Farias 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: Juliano F. Romão

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC BVA  
Atendente: Bruno Sousa Martins Matrícula: 8291047  
Data: 26.06/20 Assinatura: Bruno S. Martins



# PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## COBERTURA SOLICITADA

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

## IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Juliana Fox Barros Romero  
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 Invalidéz 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  
☐ Comprovações 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:

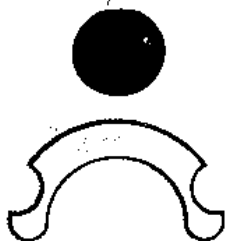
## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Juliana Fox Barros Romero  
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: Juliana Fox Barros Romero

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

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





Seguro  
**DPVAT**

O Seguro do Acidente de Trânsito



24108



SINISTRO 3200253117

**SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO**

**POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

DESTINATÁRIO / Beneficiário

SEGURADORA LÍDER 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

**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



seguradoraliderdpvat

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

ATENDIMENTO



**Correios**

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Julian José Farias Romero			
ENDEREÇO / Address			
Rua Paz do Iguaçu, 225			
Equatorial			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
69317-330	Boa Vista	RR	BR

320025317

"RECYCLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



Material reciclável

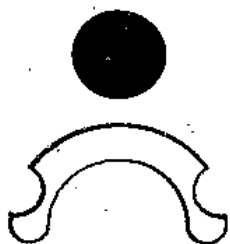


PROBAG  
www.probag.com.br  
Tel: (02) 3304-2900

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

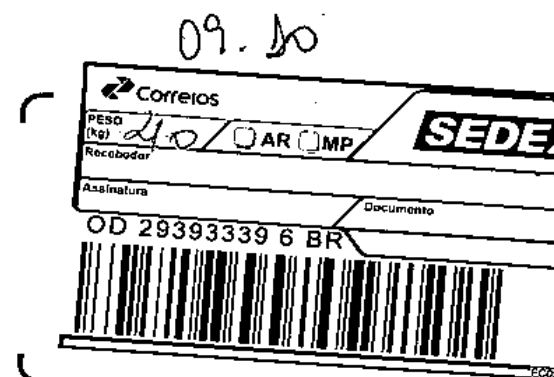






Seguro  
**DPVAT**

O Seguro do Acidente de Trânsito



## SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO

### POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

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

number
country

ATENDIMENT





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**



**Correios**

<b>REMETENTE / Sender</b>		<b>TELEFONE / Phone Number</b>	
Julio Jon Farias Romulo Rua Foz Do Iguaçu			
<b>ENDEREÇO / Address</b>			
Rua Foz Do Iguaçu 225			
<b>CEP / Zip</b>	<b>CIDADE / City</b>	<b>UF/State</b>	<b>PAÍS / Country</b>
49317-330			



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



Materiais reciclados



PROBAG  
www.probag.com.br  
Tel: (51) 3354-2900

<b>DEVOLUÇÃO (Return)</b>		<b>(Cn15)</b>
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALCIDO (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 .....	



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



## 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

#### 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](http://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](http://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:

<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.

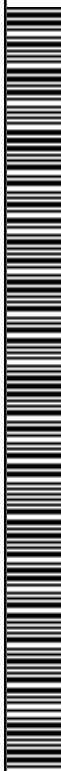
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15963024

Pag. 00467/00468 - carta\_03 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

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 - Nº do sinistro ou ASL: 00046044/12019 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 Foz do Iguaçu 9 - Número: 225 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Iguaçu 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69317330  
15 - E-mail: Nolioliveira714@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: ☐ RECURSO 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: 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 (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 (nascidos)? ☐ 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: 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): Julian Jose Farias Romero 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 706595972-41 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): Julian Jose Farias Romero

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

40 - Local e Data, + Boa Vista - RR

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 00046044/2019 3 - CPF da vítima: 406595972-41 4 - Nome completo da vítima: Juliano José Farias Romão

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

5 - Nome completo: Juliano José Farias Romão 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Foz do Iguaçu 9 - Número: 225 10 - Complemento: Casa 11 - Bairro: Equatorial 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69317380 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\$1.00 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:

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itau

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 241598

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 (ou nascos)? ☐ 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 habilitado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): Juliano José Farias Romão 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 406595972-41 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): Juliano José Farias Romão

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): Juliano José Farias Romão

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
300023347	70659597741	Julian Jose Farias Romera	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:		6 - CPF:	
Julian Jose Farias Romera			
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
	Rua Foz do Iguaçu	225	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Equatorial	Boa Vista	RR	69317330
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):	
equipeitrya@mai.com			
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.000,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO. <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: ITAU	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
		6953	26159
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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			
<input type="checkbox"/> 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:			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li><li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li><li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li></ul>			
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:		24 - Data do óbito da vítima:	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)?	31 - Vítima teve irmãos?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:		33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - 1ª Nome:		Assinatura da testemunha	
CPF:			
39 - 2ª Nome:		Assinatura da testemunha	
CPF:			
40 - Local e Data:			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)			
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)			
43 - Assinatura do Procurador (se houver)			



Extrato de Conta Corrente e Investimento

Página 1/1

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
\$00 DISP P/APLIC HOJE	23,92

LANÇAMENTOS PARA O DIA -----

07/10	SEGURO CARTAO	7,90-
-------	---------------	-------

R,G - AGENDAMENTO/APLICACAO PROGRAMADA SUJEITOS  
A CONFIRMACAO DE SALDO NA DATA PREVISTA.  
-----FIM  
P: LANÇAMENTOS EM POUF SALARIO



RELATÓRIO DE Ocorrência POLICIAL

SÉRIE J

CIPTUR

Nº 811397

VIA	SUCp	Data	S/Sector	H/Transm	H/Ini	CH/H	H/Fim
010	CIPTUR	05/12/2019	OESTE	16:30	16:30	16:35	17:30

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

LOCAL DE Ocorrência

ATAIDE TEVE 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

HISTÓRICO

LOCAL

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

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: Dabora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 05/12/2019 18:00 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: Equatorial  
Logradouro: Atafé Teive  
Complemento: Próximo à Avenida Corretores da 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

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 Nº: 153  
Bairro: Dr. Silvío Botelho

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

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Masculino Nasc: 09/01/1985 Idade 35  
Profissão: Eletromecânico Escolaridade: Ensino Superior Completo  
Estado Civil: União Estável Naturalidade: Guayana / Bolívar  
Nome da Mãe: Carmen Maria Romero Nome do Pai: Carlos Jose Farias

Documento(s)

CPF: 706.595.972-41

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Foz do Iguaçu Nº: 225  
Complemento: Casa  
Bairro: Equatorial  
Telefone: (95) 99125-9181 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)



Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 10/08/2020 12:05:34

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fls: 2  
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00046044/2019

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
CPF/CNPJ do Proprietário 323.278.822-72	Placa NUK-4139
Renavam 00489411975	Número do Motor 327A0113985923
Número do Chassi 9BD197132D3032228	Ano/Modelo Fabricação 2013/2012
Número da Carroceria 73615783	Cor BRANCA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista/RR
Marca/Modelo FIAT/SIENA ATTRACTIV 1.4	Modelo FIAT/SIENA ATTRACTIV 1.4
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Roberto dos Santos Araújo	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 654.454.142-72	Placa NAP-7617
Renavam 00549929916	Número do Motor KC16E5D312923
Número do Chassi 9C2KC1650DR312923	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor PRETA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD
Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Julian Jose Farias Romero	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

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



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 Inácio Araújo Agente de Polícia Civil Mat. 042000008	 Jefferson Inácio Araújo Agente de Polícia Matrícula 42000008 Responsável pelo Atendimento	 ASSINATURAS DAT AGENTE DE POLÍCIA CONFERIDOR
--	--	---

\*Declara para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.\*



