

**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:**  
**2956135820210119174353**

**Processo 0831852-65.2020.8.23.0010**  - (36 dia(s) em tramitação)**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 4847 - Seguro**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)
<b>Realces</b> 					
<b>Realçar Movimentos de:</b> <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 <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b> 					
<b>Movimentado Por:</b> <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					
<b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/>					
<b>Descrição:</b> <input type="text"/>					
6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6					
<b>Seq.</b>	<b>Data</b>	<b>Evento</b>	<b>Movimentado Por</b>		
[+]	6 19/01/2021 17:43:53	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		6.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2776482CONTESTACAO01.pdf	Público
		6.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2776482CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
5	14/12/2020 17:07:19	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ		
4	14/12/2020 17:07:19	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ		
3	14/12/2020 17:07:19	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
2	14/12/2020 17:07:19	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
[+]	1 14/12/2020 17:07:16	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Thiago Amorim Dos Santos Advogado		



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, 01 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT:** 3200233316

**Vítima:** YUSELI MAILIN MENA ROMERO

**Data do Acidente:** 03/01/2020

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

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

**Senhor(a), YUSELI MAILIN MENA 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, contatos 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 15904539







## 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: **3 - CPF da vítima:** **4 - Nome completo da vítima:**  
**106.427.552-05** **YUSELI MAHIN MENA Romeo**

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

5 - Nome completo: <b>Yuseli Mahin mena Romeo</b>	6 - CPF: <b>106.427.552-05</b>		
7 - Profissão: <b>Comerciante</b>	8 - Endereço: <b>Rua ARAUJO FILHO</b>	9 - Número: <b>237</b>	10 - Complemento: <b>CASA</b>
11 - Bairro: <b>CENTRO</b>	12 - Cidade: <b>Boa Vista</b>	13 - Estado: <b>RR</b>	14 - CEP: <b>69.303.420</b>
15 - E-mail: <b>YANTANACIRIARAESR2@gmail.com</b>	16 - Tel.(DDD): <b>19319169-9685</b>		

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **0653**  CONTA: **71.611** **4**  
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito se existir) (Inserir 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 de 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 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	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--	---	---

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura da testemunha
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura da testemunha
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

40 - Local e Data: **BOA VISTA-RR, 05/02/2020.**

**Yoseli Mena**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 000387/2020

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 04/01/2020 06:49 Data/Hora Fim: 04/01/2020 07:10  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: PMRR-1ºBPM ROP 05185 SERIE J Data: 03/01/2020  
Delegado de Polícia: Alexandre Henrique de Matos Lima

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: 2º Distrito Policial  
Data/Hora do Fato: 03/01/2020 16:50

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: Cinturão Verde  
Logradouro: Rua Professor Clovis de Souza  
Complemento: com Rua Cruzeiro do Sul

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA	Não Houve

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: YUSELI MAILIN MENA ROMERO (ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Venezuelana Profissão: Do Lar Idade: 25 anos  
Estado Civil: Solteiro(a)

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 706.427.552-05

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA CARACARAI Nº: s/n  
Bairro: SÃO VICENTE

**Nome Civil: ELIAS PEREIRA DA SILVA JUNIOR (ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteiro(a) Idade: 34 anos

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Professor Clovis de Souza Nº: 453  
Complemento: com Rua Cruzeiro do Sul  
Bairro: Cinturão Verde

**Nome Civil: MARCIO BARNABE DA SILVAS (COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Policial Militar Idade:  
Nome da Mãe: Pj

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000387/2020

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição CHEVROLET/S10 LTZ DD4A	CPF/CNPJ do Proprietário 786.308.602-78
Placa NUK5708	Renavam 01071219542
Número do Motor V1A123647	Número do Chassi 9BG148MK0GC405133
Ano/Modelo Fabricação 2016/2015	Número da Carroceria 405133
Cor PRATA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo CHEVROLET/S10 LTZ DD4A
Modelo CHEVROLET/S10 LTZ DD4A	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 28/05/2019	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Elias Pereira da Silva Junior	Proprietário

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição YAMAHA/T115 CRYPTON K	CPF/CNPJ do Proprietário 703.968.062-95
Placa NAP4984	Renavam 01084731310
Número do Motor E3F9E-065403	Número do Chassi 9C6KE1560G0045205
Ano/Modelo Fabricação 2016/2015	Cor PRETA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo YAMAHA/T115 CRYPTON K	Modelo YAMAHA/T115 CRYPTON K
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 08/03/2018
Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Yuseli Mailin Mena Romero	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Que foi recebido o PMRR-1ºBPM ROP 05185 SERIE J, informando ocorrência de acidente de trânsito no endereço supracitado; Que no local já havia uma viatura do samu na pessoa tec. de enfermagem Shirley em atendimento a senhora YUSELI que aparentemente teve uma fratura no punho da mão e outras escoriações; Que o senhor ELIAS também encontrava-se no local para procedimentos e informou que estava em sua Hilux prata de placa NUK708 na rua professor Clovis Souza que é a preferencial, e se deslocou na esquina com avenida Cruzeiro do Sul com a motocicleta Yamaha Crypton preta de placa NAP4984 e sua condutora YUSELI, avançando o preferencial vindo a causar o acidente; Que o mesmo informou ainda que a motoneta atravessou com bastante velocidade não tendo tempo de frear; Que informo que a condutora YUSELI, se deslocou com o SAMU para o PSE e a moto foi deixada na responsabilidade de um conhecido de nome Clovis Pereira de CNH 03112057329; Que ambos os veículos foram liberados no local, sendo assim deixei essas informações nesta DP para providências.



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 000387/2020

**ASSINATURAS**

Delourdes Camilo Dos Reis

Agente de Polícia

Matrícula 042000468

Responsável pelo Atendimento

Marcio Barnabe da Silvas

(Comunicante)

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

DATA  
CONFERE COM O ORIGINAL  
DATA: 05/02/2020  
Assinatura  
Jefferson Inácio Araújo  
Protocolo: 000387/2020-02

Delegado de Polícia Civil Alexandre Henrique de Matos Lima  
Impresso por: Jefferson Inácio Araújo  
Data de impressão: 05/02/2020 11:27  
Protocolo nº: Não disponível



Página 3 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

**PMRR-1º BPM****RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL****SÉRIE J****Nº 005185**

Vtr 001	SUCP 1º BPM	Data 03/01/2020	S/Setor LESTE	H/Transm 16h50min	H/Ini 16h50min	CH/H 17h00min	H/Fim 18h13min
Cod. Oc. 1001/1003	Cod. Prov. 13023/13999	Cod. Ser. Prest. XXXXXXXXXXXXXX	Km/Ini. 13810	Km/Fim 13819			

**LOCAL DE OCORRÊNCIA**RUA PROFESSOR CLOVIS SOUZA/RUA CRUZEIRO  
AV/RUA DO SUL

Bairro: CINTURAO VERDE Ref.: CRUZAMENTO

**PESSOAS RELACIONADAS**

**1º ENVOLVIDO** Nome: **YUSELI MAILIN MENA ROMERO (VENEZUELANA)** Idade: 25 E. Civil: SOLTEIRA  
 Endereço: RUA CARACARAI S/N BAIRRO SÃO VICENTE

Edt. R.G CPF 706.427.552-05

CNH XXXXXXXXXXXXXXXX

Profissão: DO LAR

**2º ENVOLVIDO** Nome: **ELIAS PEREIRA DA SILVA JUNIOR (981147233)** Idade: 34 E. Civil: SOLTEIRO  
 Endereço: RUA PROFESSOR CLOVIS SOUZA Nº453, CINTURAO VERDE.

Edt. R.G 203649 SSP/RR

CNH 02987794820

Profissão: NÃO INFORMADO

**DANOS MATERIAIS:**

ASSINATURA

*Marcio Barnabe da Silva*

CARGO

*Apc*

LOCAL

*2º DP*

Senhor (a) Delegado (a) do 2º DP.

**HISTORICO**

INFORMO QUE FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA UMA OCORRENCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO NO ENDREÇO SUPRACITADO, QUE NO LOCAL JÁ HAVIA UMA VIATURA DO SAMU NA PESSOA TEC. DE ENFRMAGEM SHIRLEY EM ATENDIMENTO A SENHORA ITEM 01 QUE APARENTEMENTE TEVE UMA FRATURA NO PUNHO DA MÃO E OUTRAS ESCORIAÇOES, QUE O SENHOR ELIAS TAMBEM ENCONTRAVA-SE NO LOCAL PARA PROCEDIMENTOS E INFORMOU QUE ESTAVA EM SUA HILUX PRATA DE PLACA NUK5708 NA RUA PROFESSOR CLOVIS SOUZA QUE É A PREFERENCIAL, E SE DAPAROU NA ESQUINA COM RUA CRUZEIRO DO SUL COM A MOTOCICLETA YAMAHA CRYPTON PRETA DE PLACA NAP4984 E SUA CONDUTORA ITEM 01 AVANÇANDO O PREFERENCIAL VINDO A CAUSAR O ACIDENTE, O MESMO INFORMOU AINDA QUE A MOTONETA ATRAVESSOU COM BASTANTE VELOCIDADE NÃO TENDO TEMPO DE FREAR, INFORMO QUE A CONDUTORA ITEM 01 DESLOCOU COM O SAMU PARA O PSE E A MOTO FOI DEIXADA NA RESPONSABILIDADE DE UM CONHECIDO DE NOME CLOVIS PEREIRA DE CNH 03112057329, QUE ANBOS OS VEICULOS FORAM LIBERADOS NO LOCAL. SENDO ASSIM DEIXO ESSAS INFORMACOES NESTA DP PARA PROVIDENCIAS.

ERA O QUE TINHA A RELATAR.

*Marcio Barnabe da Silva*

MARCIO BARNABE DA SILVA

40690-2

CADASTRO

3º SGT PM

Posto/Graduação

1ºBPM-CPC

SUOp





## 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: **3 - CPF da vítima:** **4 - Nome completo da vítima:**  
**106.427.552-05** **YUSELI MAHIN MENA Romeo**

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

5 - Nome completo: <b>Yuseli Mahin mena Romeo</b>	6 - CPF: <b>106.427.552-05</b>		
7 - Profissão: <b>Comerciante</b>	8 - Endereço: <b>Rua ARAUJO FILHO</b>	9 - Número: <b>237</b>	10 - Complemento: <b>CASA</b>
11 - Bairro: <b>CENTRO</b>	12 - Cidade: <b>Boa Vista</b>	13 - Estado: <b>RR</b>	14 - CEP: <b>69.303.420</b>
15 - E-mail: <b>YANTANACIRIARAESR2@gmail.com</b>	16 - Tel.(DDD): <b>19319169-9685</b>		

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **0653**  CONTA: **71.611** **4**  
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito se existir) (Inserir 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 de 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 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	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--	---	---

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura da testemunha
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura da testemunha
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

40 - Local e Data: **BOA VISTA-RR, 05/02/2020.**

**Yoseli Mena**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

## BANCO DO BRASIL

### COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: YUSELI MAILIN MENA ROMERO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000071611-4

---

---

Nr. da Autenticação E187953AE43510D1





**RORAIMA ENERGIA**

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO: **0032588-0**

**RORAIMA ENERGIA S.A.**  
Av. Capitão Ene Barreto, 671 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

**Nº DA NOTA FISCAL: 5405120 FCAM\***  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
foi criada pela Lei nº 16.438 de 24 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR
JUNHO/2020	11/07/2020	298	254,07

**ROMARIA PEREIRA DE SOUZA**  
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAA  
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA  
CPF: 00087608650249

DADOS DA LEITURA							
Atual:	18/06/2020	Anterior:	19/05/2020	Próxima leitura:	21/07/2020		
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020	Dias de consumo:	30		
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA							
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligaçāo	Número Medidor	Faturamento	Modalidade		
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198	NORMAL	CONVENC		

DADOS DA LEITURA (kWh)							
	KWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	KWh FPONTA	INJETADO FPONTA	KWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	KWh RESERVADO
Leit. Atual	27842						
Leit. Anterior	27544						
Constante	1.000						
Resíduo							
Medido	298						
Faturado:	298						

DESCRIÇÃO DA CONTA							
CONSUMO	298	A R\$	0,755234	=	225,05		
ILUMINACAO PUBLICA					29,02		

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDIDAS					
TARIFA SEM IMBUTÍCOS:	0 A 298 - 0,517770	0	12	13	18	194	239
							280
							323
							298
							298



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www1.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBI/IOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José SANTANA Feijó Guimaraes inscrito (a) no CPF 627.942.803-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Yuseli MAILIN mena Romeo inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.427.552-05, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Yuseli MAILIN mena Romeo inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.427.552-05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

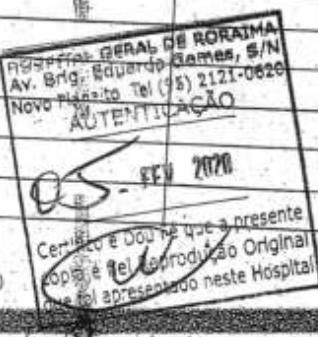
Endereço	Rua Gideão	Número	312	Complemento	CASA
Bairro	Novo Canaã	Cidade	Boa Vista	Estado	RR
Email	SANTANA.GUIMARAESRR@gmail.com	Telefone comercial(DDD)	(95) 98105-9707	Telefone celular (DDD)	95199169-3685

Boa Vista, 24 de Junho de 2020

Local e Data

Assinatura do Declarante

402-1

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1º Classificado/Reclassificação									
Secretaria de Estado da Saúde		Hospital Geral de Roraima - PÁAR / PSFE		Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul Ass.		Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul Ass.		Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul Ass.	
2001205098	03/01/2020 17:51:49	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19 34			
Paciente					Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
YUSELI MAILIN MENA ROMERO					19/11/1994	25 A 1 M 14 D	898005835601613	70642755205	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade	
IDENTIDADE	21512580	VENEZUELA	10/10/2017	F	SOLTEIRO(APARDA)			VENEZUELA	
Mãe					Pai	Contato			
ANA YACELI ROMERO					FELIX MENA SANTO	(95) 99155-4753			
Endereço									Ocupação
RUA - AJURICABA - 179 - CENTRO - BOA VISTA - RR									
Class. de Risco	Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência				
Setor	URGÊNCIA				Procedimento Sol.				
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada								
Quexxa Principal	SAMU CAPITAL								
Síndrome Febril: <input checked="" type="checkbox"/> Sintomático Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Infecção Urinária: <input type="checkbox"/> Dengue: <input type="checkbox"/>									
Anamnese de Enfermagem									
Anamnese - (HORA DA CONSULTA) <u>17:51 h</u>					GSC	TOTAL			
					AO: 1 2 3 4 . RV: 1 2 3 4 5 . MRV: 1 2 3 4 5 6				
<p><u>- Colisão moto vs carro.</u></p> <p><u>História de ontem no go!</u></p>									
Exame Físico									
Hipótese Diagnóstica									
SADT - Exames Complementares									
<input type="checkbox"/> RAIOS X <input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS									
PRESCRIÇÃO					APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
<u>Dia 1 para exame</u> <u>Balete 02/01</u>					<u>17-01-2021</u>		<u>17-01-2021</u>		
 <p>DR. GIAGO MÉDICO CERTIDÃO DE ASSINATURA DO MÉDICO</p> <p>DR. MEDICO CERTIDÃO DE ASSINATURA DO MÉDICO</p> <p>1603</p> <p>05-01-2021</p> <p>Certifico e dou fé que a presente cópia é de fato reprodução original que foi apresentada neste Hospital</p>									
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> LYMTOQUE <input type="checkbox"/> Anatomia Patológica									
Assinatura do Paciente ou Responsável									
Assinatura do Médico									
Impresso por: antonia_soares Data Hora: 08/01/2020 17:52:47									

19/01/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: DOCS

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	NIR LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	NIR
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		H.E.R		
2 - CNES				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		trajus: os/07/2020		
4 - CNES				
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE		Yusel Alain Menz Romero		
6 - N.º DO PRONTUÁRIO		127504		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		898005835601613		
8 - DATA DE NASCIMENTO		19/11/94		
9 - SEXO		Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		Arla Yamni Roimro		
11 - TELEFONE DE CONTATO		DDD 059911554753 N.º DO TELEFONE		
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)		R. Aguiar 179 Centro		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		B.V.		
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF		
16 - CEP		RJ		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  Paciente ♀ de 25 anos de idade com fratura exposta dos ossos de punho (E)				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  Fractura exposta				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  Hemox + Enzimase + Radiografia				
20 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		21 - CID 10 PRINCIPAL		
22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		
28 - DOCUMENTO		29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
( ) CNS		( ) CPF		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
Dr. Koralaf		32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO		
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO				
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
36 - CNPJ DA SEGURADORA				
37 - N.º DO BILHETE				
38 - SÉRIE				
39 - CNPJ EMPRESA				
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
( ) EMPREGADO ( ) EMPRESA ( ) AUTONÔMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO				
41 - CBO				
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
43 - AUTENTICAÇÃO				
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR				
45 - DOCUMENTO				
( ) CNS ( ) CPF				
46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
48 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO				
49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
0408080407				
SS2S				
1199				



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 03/01/20

O.S. \_\_\_\_\_

Vítor Poracat Santiago  
Romero

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

RURGIÃO: Dr. Poracat

1º auxiliar:

Dr. Pablo R.

2º auxiliar: Dr. Ednaldo R.

INSTRUMENTADORA:

3º auxiliar:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em 0-0-11, sb auscultos  
(2) Aspira e Antroscopia  
(3) Adoçação do campo estéril  
(4) Lavagem necrose enxertar lrs 10L lrs  
    fusigas  
(5) Relevo incrust + fúneas lrs fúneas enxem  
    de lados lrs 2.º auxilio de intensificar  
(6) Sutura de braços  
(7) Curativos  
(8) RPT
- Vitor Poracat Santiago  
Ortopedia Traumatologia  
CRM-MR 1635  
RQE: 010*
- HOSPITAL GERAL DA MARAÚ**  
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3/N  
Novo Peláez Tel (93) 2121-0620  
www.hgmarau.com.br
- 05-FFV-2020  
Certifico que a seguinte  
cópia é de reprodução  
que foi feita no Hospital



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

YUSEU MARLIN MENEA Ronenro

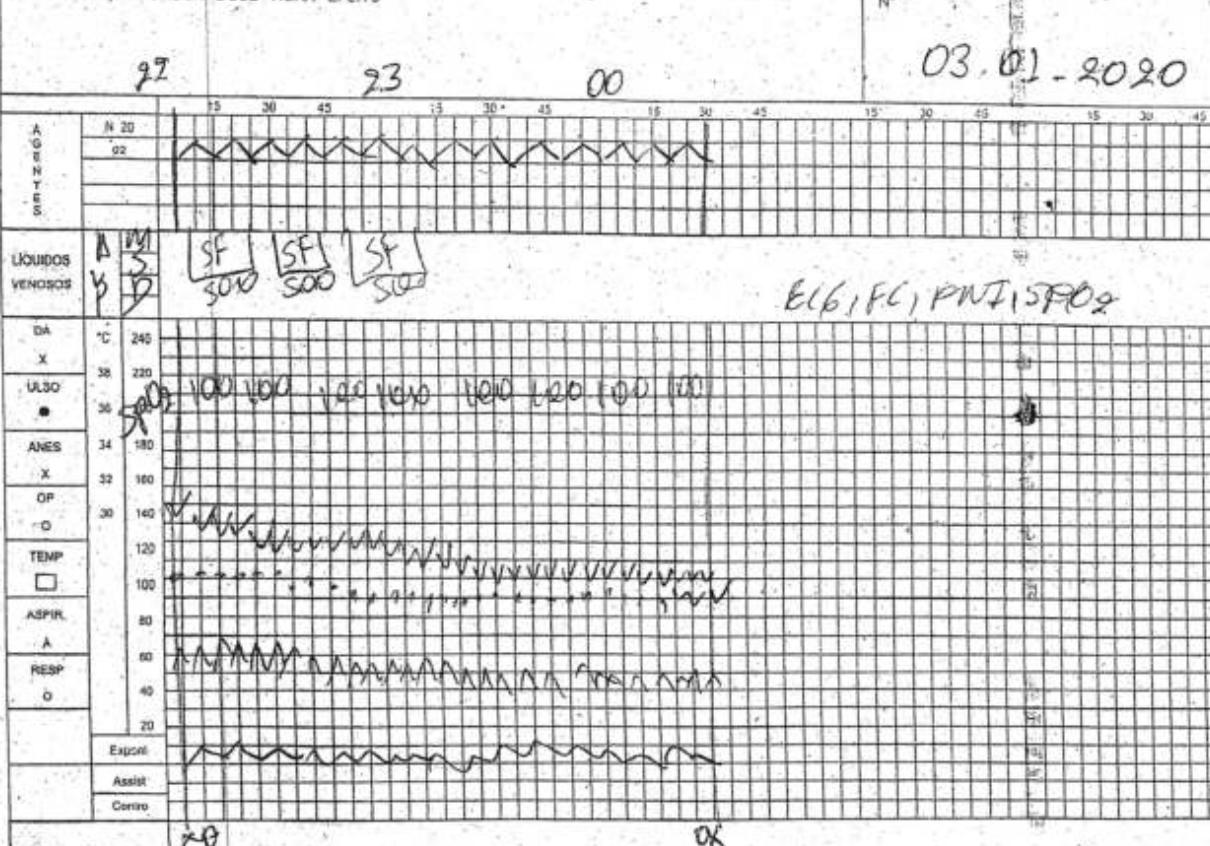
PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

22

23

00

03.01.2020



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES		
A		BUCALGEM DO PULSO	*CHECK LIST AP. ANESTESIA		
B	Ropivacaína 0,5%	BREMIDAN ESTERIGO	+monitORIZACAO		
C	20g LÍQUIDO	VIA SUPRA CLAVICULA	1- O2 50% CATETER NO TAC 20mm		
D		BITANDO PON VSG	2- CEFALVASCULAR 10g EN		
E					
F					
G					
GLUCOSE	LIQUIDOS	Cáculo - Naso / Oro Faringeo Naso / Oronasal - Cega Bal - Tamp - Celula do Tubo Sob Máscara			
NDCD					
SANGUE		Dificuldade Técnica: N/A			
SF 0,5% - 1000ml		TEMPO DE ANESTESIA			
TOTAL	1000ml				
OPERAÇÃO	REDUÇÃO + FIXAÇÃO DE FRATURA EXPOSTA	Laringo - Espasmo - Escravo Sacro Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito	Hemorrágia - Anemia Brad Taquicardia - Choque		
ANESTESIA	DR. MICHEL	CÓDIGO	CIRURGIO	PERDA SANGUÍNEA	COMPLICATIVAS
			DR. PABLOREZ		

Dr. Emerson R1  
Michel M. Moura  
Médico Anestesiologista  
CRM - RR 1106





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

25 mos

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Yuseli marilia nerya Romano		03	104120

CIRURGIA

INFORMES DA CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO		
		INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL
Intervento Cirúrgico de Fratura de Antebraço e + fixador externo	22/20	00:50		

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	Dr. Pallo	ANESTESISTA:	Dr. Michel
1º AUXILIAR	Dr. Odairth	RES. ANESTESIA:	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	

CIRCULANTE

Fábia, Cláudia

TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS-COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
1	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N°	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LÂMINA BISTURI N°			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			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05ML			KIT CATARATA N°	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	equipo médico			OUTROS:	

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	
ENFERMEIRA CHEFE	
Solange	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	
CIRCULANTE DE SALA	

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB- TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

ORTOBINTESE IND. E COM. LTDA  
Fone: 55-1173540400  
Fixador para antebraço e punho  
RM-3406  
CNPJ: 19.695.511/0001-98  
Registro ANVISA: 10233710882



## SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRI.

**Nome:** Jureli **Sulin Menezes Rovene**

**Data de Nasc:** 19/11/1994 **Idade:** 25a **Setor/Leito:**

**Data:** 03/01/2021

<b>DADOS PRÉ-OPERATÓRIO</b>		<b>Cirurgia Proposta:</b>		<b>INTRA-OPERATÓRIO</b>		<b>SRPA</b>		<b>Sinais Vitais</b>	
<input type="checkbox"/> Cirurgia Proposta:		<input type="checkbox"/> Entrada na Sala	<input type="checkbox"/> Início da Anestesia	<input type="checkbox"/> Início da Cirurgia	<input type="checkbox"/> Término da Cirurgia	<input type="checkbox"/> Término da Anestesia	<input type="checkbox"/> Anestesia	<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Cirurgia Realizada
<input type="checkbox"/> I. Informações:		<input type="checkbox"/> Jejum ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Prótese ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Exames ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Reserva Uri ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Reserva Lateral ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> PNPF ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Allergia ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Qual: _____
<input type="checkbox"/> Reserva de Hemoderivado:		<input type="checkbox"/> ( ) Sim: ( ) Não							
<input type="checkbox"/> Outros:									
<input type="checkbox"/> 2. Chegou ao Centro Cirúrgico:									
<input type="checkbox"/> ( ) Deambulando									
<input type="checkbox"/> ( ) Consciente									
<input type="checkbox"/> ( ) Com Suporte de O2									
<input type="checkbox"/> ( ) TOT									
<input type="checkbox"/> ( ) Agitado									
<input type="checkbox"/> 3. Sinais Vitais:									
<input type="checkbox"/> T ( ) mmHg	<input type="checkbox"/> R ( ) bpm	<input type="checkbox"/> FC ( ) bpm	<input type="checkbox"/> PA ( ) mmHg	<input type="checkbox"/> SAT ( ) %	<input type="checkbox"/> ( ) Regular	<input type="checkbox"/> ( ) Irregular			
<input type="checkbox"/> 4. Anotações (Admissão do Paciente):									
<input type="checkbox"/> Paciente): <u>Adunro</u>									

<b>DADOS PRÉ-OPERATÓRIO</b>		<b>Cirurgia Proposta:</b>		<b>INTRA-OPERATÓRIO</b>		<b>SRPA</b>		<b>Sinais Vitais</b>	
<input type="checkbox"/> Cirurgia Proposta:		<input type="checkbox"/> Entrada na Sala	<input type="checkbox"/> Início da Anestesia	<input type="checkbox"/> Início da Cirurgia	<input type="checkbox"/> Término da Cirurgia	<input type="checkbox"/> Término da Anestesia	<input type="checkbox"/> Anestesia	<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Cirurgia Realizada
<input type="checkbox"/> I. Informações:		<input type="checkbox"/> Jejum ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Prótese ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Exames ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Reserva Uri ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Reserva Lateral ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> PNPF ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Allergia ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Qual: _____
<input type="checkbox"/> Reserva de Hemoderivado:		<input type="checkbox"/> ( ) Sim: ( ) Não							
<input type="checkbox"/> Outros:									
<input type="checkbox"/> 2. Chegou ao Centro Cirúrgico:									
<input type="checkbox"/> ( ) Deambulando									
<input type="checkbox"/> ( ) Consciente									
<input type="checkbox"/> ( ) Com Suporte de O2									
<input type="checkbox"/> ( ) TOT									
<input type="checkbox"/> ( ) Agitado									
<input type="checkbox"/> 3. Sinais Vitais:									
<input type="checkbox"/> T ( ) mmHg	<input type="checkbox"/> R ( ) bpm	<input type="checkbox"/> FC ( ) bpm	<input type="checkbox"/> PA ( ) mmHg	<input type="checkbox"/> SAT ( ) %	<input type="checkbox"/> ( ) Regular	<input type="checkbox"/> ( ) Irregular			
<input type="checkbox"/> 4. Anotações (Admissão do Paciente):									
<input type="checkbox"/> Paciente): <u>Adunro</u>									

<b>DADOS PRÉ-OPERATÓRIO</b>		<b>Cirurgia Proposta:</b>		<b>INTRA-OPERATÓRIO</b>		<b>SRPA</b>		<b>Sinais Vitais</b>	
<input type="checkbox"/> Cirurgia Proposta:		<input type="checkbox"/> Entrada na Sala	<input type="checkbox"/> Início da Anestesia	<input type="checkbox"/> Início da Cirurgia	<input type="checkbox"/> Término da Cirurgia	<input type="checkbox"/> Término da Anestesia	<input type="checkbox"/> Anestesia	<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Cirurgia Realizada
<input type="checkbox"/> I. Informações:		<input type="checkbox"/> Jejum ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Prótese ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Exames ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Reserva Uri ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Reserva Lateral ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> PNPF ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Allergia ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Qual: _____
<input type="checkbox"/> Reserva de Hemoderivado:		<input type="checkbox"/> ( ) Sim: ( ) Não							
<input type="checkbox"/> Outros:									
<input type="checkbox"/> 2. Chegou ao Centro Cirúrgico:									
<input type="checkbox"/> ( ) Deambulando									
<input type="checkbox"/> ( ) Consciente									
<input type="checkbox"/> ( ) Com Suporte de O2									
<input type="checkbox"/> ( ) TOT									
<input type="checkbox"/> ( ) Agitado									
<input type="checkbox"/> 3. Sinais Vitais:									
<input type="checkbox"/> T ( ) mmHg	<input type="checkbox"/> R ( ) bpm	<input type="checkbox"/> FC ( ) bpm	<input type="checkbox"/> PA ( ) mmHg	<input type="checkbox"/> SAT ( ) %	<input type="checkbox"/> ( ) Regular	<input type="checkbox"/> ( ) Irregular			
<input type="checkbox"/> 4. Anotações (Admissão do Paciente):									
<input type="checkbox"/> Paciente): <u>Adunro</u>									

<b>DADOS PRÉ-OPERATÓRIO</b>		<b>Cirurgia Proposta:</b>		<b>INTRA-OPERATÓRIO</b>		<b>SRPA</b>		<b>Sinais Vitais</b>	
<input type="checkbox"/> Cirurgia Proposta:		<input type="checkbox"/> Entrada na Sala	<input type="checkbox"/> Início da Anestesia	<input type="checkbox"/> Início da Cirurgia	<input type="checkbox"/> Término da Cirurgia	<input type="checkbox"/> Término da Anestesia	<input type="checkbox"/> Anestesia	<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Cirurgia Realizada
<input type="checkbox"/> I. Informações:		<input type="checkbox"/> Jejum ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Prótese ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Exames ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Reserva Uri ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Reserva Lateral ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> PNPF ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Allergia ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Qual: _____
<input type="checkbox"/> Reserva de Hemoderivado:		<input type="checkbox"/> ( ) Sim: ( ) Não							
<input type="checkbox"/> Outros:									
<input type="checkbox"/> 2. Chegou ao Centro Cirúrgico:									
<input type="checkbox"/> ( ) Deambulando									
<input type="checkbox"/> ( ) Consciente									
<input type="checkbox"/> ( ) Com Suporte de O2									
<input type="checkbox"/> ( ) TOT									
<input type="checkbox"/> ( ) Agitado									
<input type="checkbox"/> 3. Sinais Vitais:									
<input type="checkbox"/> T ( ) mmHg	<input type="checkbox"/> R ( ) bpm	<input type="checkbox"/> FC ( ) bpm	<input type="checkbox"/> PA ( ) mmHg	<input type="checkbox"/> SAT ( ) %	<input type="checkbox"/> ( ) Regular	<input type="checkbox"/> ( ) Irregular			
<input type="checkbox"/> 4. Anotações (Admissão do Paciente):									
<input type="checkbox"/> Paciente): <u>Adunro</u>									

<b>DADOS PRÉ-OPERATÓRIO</b>		<b>Cirurgia Proposta:</b>		<b>INTRA-OPERATÓRIO</b>		<b>SRPA</b>		<b>Sinais Vitais</b>	
<input type="checkbox"/> Cirurgia Proposta:		<input type="checkbox"/> Entrada na Sala	<input type="checkbox"/> Início da Anestesia	<input type="checkbox"/> Início da Cirurgia	<input type="checkbox"/> Término da Cirurgia	<input type="checkbox"/> Término da Anestesia	<input type="checkbox"/> Anestesia	<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Cirurgia Realizada
<input type="checkbox"/> I. Informações:		<input type="checkbox"/> Jejum ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Prótese ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Exames ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Reserva Uri ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Reserva Lateral ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> PNPF ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Allergia ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Qual: _____
<input type="checkbox"/> Reserva de Hemoderivado:		<input type="checkbox"/> ( ) Sim: ( ) Não							
<input type="checkbox"/> Outros:									
<input type="checkbox"/> 2. Chegou ao Centro Cirúrgico:									
<input type="checkbox"/> ( ) Deambulando									
<input type="checkbox"/> ( ) Consciente									
<input type="checkbox"/> ( ) Com Suporte de O2									
<input type="checkbox"/> ( ) TOT									
<input type="checkbox"/> ( ) Agitado									
<input type="checkbox"/> 3. Sinais Vitais:									
<input type="checkbox"/> T ( ) mmHg	<input type="checkbox"/> R ( ) bpm	<input type="checkbox"/> FC ( ) bpm	<input type="checkbox"/> PA ( ) mmHg	<input type="checkbox"/> SAT ( ) %	<input type="checkbox"/> ( ) Regular	<input type="checkbox"/> ( ) Irregular			
<input type="checkbox"/> 4. Anotações (Admissão do Paciente):									
<input type="checkbox"/> Paciente): <u>Adunro</u>									

<b>DADOS PRÉ-OPERATÓRIO</b>		<b>Cirurgia Proposta:</b>		<b>INTRA-OPERATÓRIO</b>		<b>SRPA</b>		<b>Sinais Vitais</b>	
<input type="checkbox"/> Cirurgia Proposta:		<input type="checkbox"/> Entrada na Sala	<input type="checkbox"/> Início da Anestesia	<input type="checkbox"/> Início da Cirurgia	<input type="checkbox"/> Término da Cirurgia	<input type="checkbox"/> Término da Anestesia	<input type="checkbox"/> Anestesia	<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Cirurgia Realizada
<input type="checkbox"/> I. Informações:		<input type="checkbox"/> Jejum ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Prótese ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Exames ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Reserva Uri ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Reserva Lateral ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> PNPF ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Allergia ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Qual: _____
<input type="checkbox"/> Reserva de Hemoderivado:		<input type="checkbox"/> ( ) Sim: ( ) Não							
<input type="checkbox"/> Outros:									
<input type="checkbox"/> 2. Chegou ao Centro Cirúrgico:									
<input type="checkbox"/> ( ) Deambulando									
<input type="checkbox"/> ( ) Consciente									
<input type="checkbox"/> ( ) Com Suporte de O2									
<input type="checkbox"/> ( ) TOT									
<input type="checkbox"/> ( ) Agitado									
<input type="checkbox"/> 3. Sinais Vitais:									
<input type="checkbox"/> T ( ) mmHg	<input type="checkbox"/> R ( ) bpm	<input type="checkbox"/> FC ( ) bpm	<input type="checkbox"/> PA ( ) mmHg	<input type="checkbox"/> SAT ( ) %	<input type="checkbox"/> ( ) Regular	<input type="checkbox"/> ( ) Irregular			
<input type="checkbox"/> 4. Anotações (Admissão do Paciente):									
<input type="checkbox"/> Paciente): <u>Adunro</u>									

<b>DADOS PRÉ-OPERATÓRIO</b>		<b>Cirurgia Proposta:</b>		<b>INTRA-OPERATÓRIO</b>		<b>SRPA</b>		<b>Sinais Vitais</b>	
<input type="checkbox"/> Cirurgia Proposta:		<input type="checkbox"/> Entrada na Sala	<input type="checkbox"/> Início da Anestesia	<input type="checkbox"/> Início da Cirurgia	<input type="checkbox"/> Término da Cirurgia	<input type="checkbox"/> Término da Anestesia	<input type="checkbox"/> Anestesia	<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Cirurgia Realizada
<input type="checkbox"/> I. Informações:		<input type="checkbox"/> Jejum ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Prótese ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Exames ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Reserva Uri ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Reserva Lateral ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> PNPF ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Allergia ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/> Qual: _____
<input type="checkbox"/> Reserva de Hemoderivado:		<input type="checkbox"/> ( ) Sim: ( ) Não							
<input type="checkbox"/> Outros:									
<input type="checkbox"/> 2. Chegou ao Centro Cirúrgico:									
<input type="checkbox"/> ( ) Deambulando									
<input type="checkbox"/> ( ) Consciente									
<input type="checkbox"/> ( ) Com Suporte de O2									
<input type="checkbox"/> ( ) TOT									
<input type="checkbox"/> ( ) Agitado		</td							

402-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Yusefi Maylor Menz Nunes				
AGNÓSTICO	feature espessas da raiz do clítoris				
ALERGIAS	(E)				
IDADE	259	HAS	NEGA	DM2	NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1.	DIETA ORAL LIVRE			SND	
2.	ACESSO VENOSO PERIFERICO			Narrit.	
3.	SF 0,9% 500ML EV S/N			SN	
4.	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			18 (24) - 06-12	
5.	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			06	
6.	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN	
7.	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			—	
8.	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			—	
9.	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			06 - 14 - 22	
10.	CLINDAMICINA 150MG EV 12/12H			04 - NO - 16 - 02	
11.	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			06 - PM - 08	
12.	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN	
13.	SSVV + CCGG 6/6 H			Routine	
14.	CURATIVO DIÁRIO			Routine	
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:  
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI FONTE: INSTITUTO  
DI/MG GLICOSE: 120-140 mg/dL

Odinachy Okemini  
Residente  
Ortopedia e Traumatologia

João Alves Barbosa Filho  
Ortopedista e Traumatólogo

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**  
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# SOLICITADO: RX; # CONDUTA: MANTIDA  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA:

**SINAIS VITAIS**

6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

402-1

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	03/01/2020	DN		
PACIENTE	YUSELI MAILIN MENA ROMERO					
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO PUNHO ESQUERDO					
ALERGIAS	HAS	DM2				
IDADE	LEITO	402-1	DATA	05/01/2020		
ÍTEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					Sab
2	AVP					
3	CLINDAMICINA 600MG EV DE 12/12H					18 06
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H					18 06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H					12 18 24 06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN					
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					PSN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11	CURATIVO DIÁRIO					curat
12	SSVV + CCGG 6/6H					notar
13	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H					10 22
14						
15						
16						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESCALA DE GLICOSE: 100-140: 10 UI, 150-190: 15 UI, 200-240: 20 UI, 250-300: 25 UI, 350-400: 30 UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b> <b>#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,</b> <b>FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS ,SEM QUEIXAS ÁLGICAS.</b> <b>#EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,</b> <b>HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.</b> <b>#PRE</b>						
REAT						
<b>SINAIS VITAIS</b>						
6 H	PA	PR	Dr. Pedro Di Giovanni CRM-R 1615 Cooperador NIF			
12 H						
18 H						
24 H						

**RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA**

DATA: 05/01/20

PACIENTE: Joséli Melo de Souza

DIAGNÓSTICOS: Fibrose cística

DN: 111

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: BLOCO 402-1

2- PACIENTE:  ACAMADO  DEAMBULA  O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA:  VIA ORAL  SNE  OUTRA

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS?  SIM  NÃO  
 AGUARDANDO

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM?  SIM  NÃO  
 AGUARDANDO

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA?  SIM  NÃO  
 AGUARDANDO

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA?  SIM  NÃO  
 AGUARDANDO

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS:  
PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ SATO2: \_\_\_\_\_

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:  
ATB + aminexil

10- EVOLUÇÃO CLINICA:

Aguardando exames

Boa Vista, 05 de 01 de 2020. Hora: \_\_\_\_\_  
CRM-MR 1615  
Assinatura/Carimbo do MEDICO ASSISTENTE. CRM \_\_\_\_\_  
Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Assinatura/Carimbo do MEDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:  
HC ( ) HLI ( ) HMI ( ) OUTRO CRM \_\_\_\_\_



11/05/2020

YUSELI MAILIN ROMERO

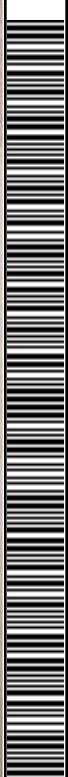
79.4 %

3771

Ana Quezia

11/05/2020

73.5 %



23/01/2020  
YUSELI MAILIN M ROMERO  
HOSPITAL CORONEL MOTA

755

Cloudaldo

23/01/2020

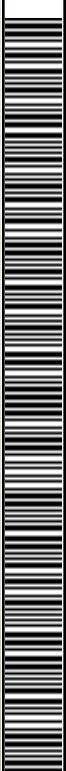
65.5 %

76.4 %

23/01/2020

E

23/01/2020

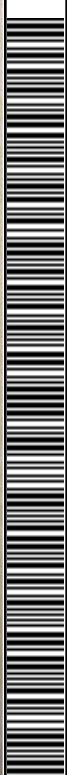




YUSELI MAILIN MENA ROMERO

ID: 099

Nº 099



## HOSPITAL GERAL DE BOBAIMA/BIGOCO DE INTERNAÇÃO

EITO

**NOME:** YUSSELI MARÍN MENDOZA ROMERO.

**DN: 19 / 14 / 94**    INTERNAÇÃO NO BLOCO: **11 / 03 / 2022**

**ESPECIALIDADE:** internist

Risco de Queda

Risco de Lesão Por Pressão

### Allergia:

Precaução Gotícula

Precaução Contato

Precaução Respiratória

**LABCLIN - LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS (UNIDADE CENTRO)**  
Av: Silvio botelho, 491 Centro (ao lado do prédio azul)  
Boa Vista - RR - 69306-690  
Fone - (95) - 3624-1240 - 99132-8292  
[www.labclinrr.com.br](http://www.labclinrr.com.br)

Nome..... YUSELI MAILIN MENA ROMERO

Idade 25A 3M 3 Pedido 040000136

Convênio. PARTICULAR

CPF do paciente: 706.427.552-05

Médico.... PARTICULAR

Data..... 22/02/2020

### Glicose

Data de Coleta.... 22/02/2020 09:56

Material biológico: Plasma Fluoretado

Método: Enzimático / automatizado

Resultado

117,0 mg/dL

valor de referência

60,0 a 99,0 mg/dL

Observações: EXAME REANALISADO NA MESMA AMOSTRA E LIBERADO.

### Creatinina

Data de Coleta.... 22/02/2020 09:56

- Material biológico: Soro

Método: Enzimático/automatizado

Resultado

0,6 mg/dL

valor de referência

0,40 a 1,30 mg/dL



PNCQ

I.M: 8800677 Alvara Sanitário N. 1737/2019 Certidão de Regularidade CRF/RR 01/10  
Este exame tem qualidade garantida pelo Programa nacional de Controle de Qualidade - PNCQ

Me. Sebastião Saizier Jansen Filho  
Farmacêutico/Bioquímico  
CRF/RR 304

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

**ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA**

**ANTES DA INCISÃO**

Anestesista  Nome: \_\_\_\_\_

Nome Joao Alves Barbosa Filho  
Responsável Cirurgião Dr. Joao Alves Barbosa Filho

**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 CONCLUIDA**

() OXIMENTRO 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 para fluidos

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml  
() Não  
() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

**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, protetores e outros estofos presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

() REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:  
Os materiais necessários, como instrumentais, protetores e outros estofos 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, Hora: \_\_\_\_\_ Qual: \_\_\_\_\_

**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 se Aplica
- 3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)  
() Sim () 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 DESTE PACIENTE  
() Sim () Não se Aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS:  
() Sim  
() Não se aplica

Assinatura e Carimbo

*Joao Alves Barbosa Filho*  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
Data: 12/03/2020 Hora: 12:40



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
E DESCRIÇÃO

## **CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS**

ESTABELECIMENTO: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		ESPECIALIDADE: <i>Prótesis</i>	DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS		
Nome do Paciente: <i>José de Souza Ribeiro</i>		IDADE: 25	SEXO: F( ) M( )	Nº do Prontuário: 00177004	Data: 27/03/2010
Bloco: <i>F</i>	Enfermaria: <i>601</i>	Leito: 05	Nº da Sala: 04	Circulante de Sala: <i>Ademilton Maia</i>	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:					

(X) Possimus frag., t.

### Dados dos materiais/Serviço

MÉDICO CIRUJÃO: \_\_\_\_\_ 1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

### **INSTRUMENTADOR:**

## 1º AUXILIAR:

MÉDICO CIRURGIANO: \_\_\_\_\_ 1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

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

I VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE

OPME/CME

Hospital Geral do Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Fone: (69) 951 2121 0637





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	ED 25	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Yuri Machado Mena Barreto		601-05	00177504	12/03/2020
CIRURGIA				
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO			
Tratamento de sequela de Fratura de Perna (R)	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
	12/10	13/0		
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Dr Adonias		
Dr Carlos Henrique	RES. ANESTESIA:	R2 Andrade		
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR			
Dr Morely				
2º AUXILIAR	CIRCULANTE			
	Ademirton Tavares			
TIPO DE ANESTESIA: G P B				
TEMPO DE DURAÇÃO:				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N° 2.0
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N° 2.0
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°
	LÂMINA BISTURI N° 22			FIO CATGUT SIMPLES N°
	DRENO DE SUCCÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°
	DRENO DE TORAX N°	100ml		FIO PROLENE N° PUP 2 Tg. 1/2
	DRENO DE PENROSE N°	20ml		CEIO-SEDA N° 400/304
	SERINGA 01ML		<input checked="" type="checkbox"/>	SURGICEL
	SERINGA 03ML		<input checked="" type="checkbox"/>	CERA P/ OSSO
	SERINGA 05 ML		<input checked="" type="checkbox"/>	KIT CATARATA N° Aplicador 6/12
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		<input checked="" type="checkbox"/>	GEOFOAM
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 20ML		<input checked="" type="checkbox"/>	FITA CARDIACA Catita 402
	1 plicas 18		<input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS: Eletrodo
<input checked="" type="checkbox"/> eletrodo				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Erica julie	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	5025	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Yuriby Marilim mena Romarie	601-05	00177504		12/03/2020
CIRURGIA				
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
Tratamento de sequela de Fratura de Perna (R)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		12:14	13:40	
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Dr Adonias		
Dr Carlos Henrique	RES. ANESTESIA:	R2 Andrade		
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR			
Dr Moreira				
2º AUXILIAR				
CIRCULANTE				
Ademilton T. Taunay				
TEMPO DE DURAÇÃO:				
TIPO DE ANESTESIA: B.P.B				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº 2.0
1	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
1	LÂMINA BISTURI Nº 2.2			FIO CATGUT SIMPLES Nº
	DRENO DE SUCCÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
	DRENO DE TORAX Nº	100 ml		FIO PROLENE Nº PU PZ Tige 1/4
	DRENO DE PENROSE Nº	10ml		FIO SEDA Nº 400/204
	SERINGA 01ML			SURGICEL 40cm x 0.6mm
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO 10cm
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº 10/12
11	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM
11	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA calibre 4/02
1	globo 18			OUTROS: Colchonete
1	eletrodo			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A) *	ENFERMEIRA CHEFE <i>Brisa Jequié</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB- TOTAL
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		SOMA



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
"Amazônia Pescadora para o Brasil"

## FICHA DE ANESTESIA

Yukeli Meilin me nu Romero

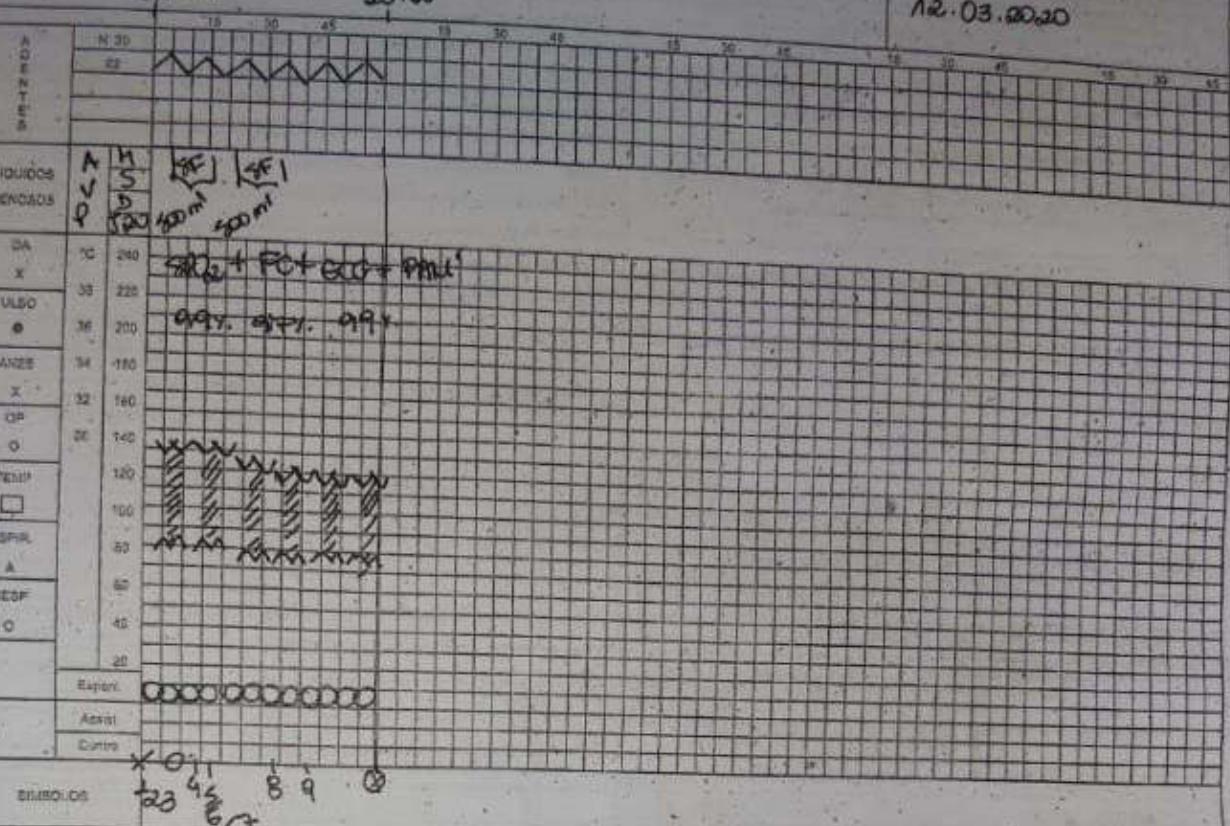
\* Midazolam 2.5 mg ev  
\* Fentanyl 100 mcg ev

11. Baa Vista - Re  
12. 03.2020

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

12:00 13:00

13160



AGENTES	DOSSES	TECNICA	ANOTACOES
A. Lidocaina		Anestesia Venosa +	
B. Ropivacaína		Bloqueio do plexo braquial	* Check list + monitorização
C. Fentanil 100 mg		e axilar esquerda	(SpO <sub>2</sub> + FC + ECG + Pnvi)
D. Midazolam 10 mg			
E. Ketamina 25 mg			① blocoio do plexo braquial
F. Propofol 180 mg			com Ropivacaína + lidocaina
G.			+ blocoio axilar esquerda
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cálcio+ Náss / Ora Farozena	
NCCD		Náss / Cricoquelar - Olho	
ENXOQUE		Sel - Tym - Catrto do Tubo	
STO 9% 1000 ml		Sel Macrura	
TOTAL		Oftalmoscopia Táctica	
			TEMPO DE ANESTESIA

DIRECCIÓN

## Tratamento cirúrgico de sequelas de fraturas de punho (5)

Luchangi - Esplanade - Exchange floors  
Davao del Norte - Roxas Street - Hotel

Hemostasis - Aorta  
Brad Teague MD - Chapel

卷之三

*Anesthesia*  
Dr. Adomias President

卷之三

© 2009 AP | EDITIONS

PE-003. 五輪競技会

Dr. Adomias Presidente  
Andrea

- Carlos Henrique

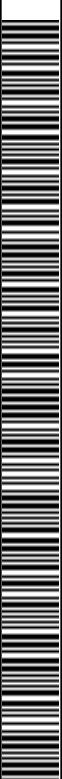
John Ross  
Architect

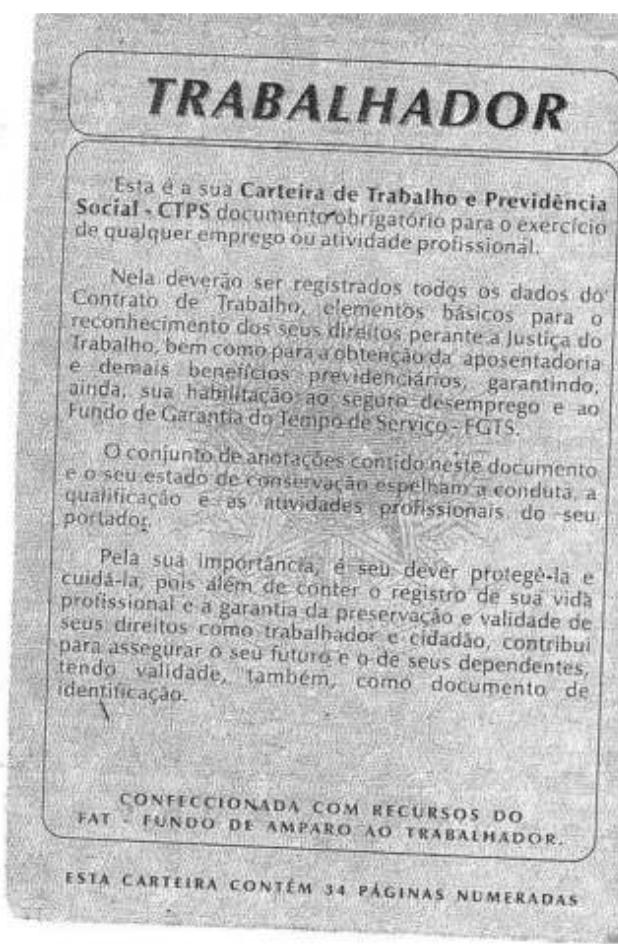
.. Carlos Henrique  
Data: 10/03/2017

- ⑥ Dexametasone 10 mg
  - ⑦ acetylprometh 100 mg e
  - ⑧ ketaminax 25 mg ev
  - ⑨ Dipiramid 2 g e
  - ⑩ Encaustic paracetamol 500

Anexo 1  
Atto: 14/03/2020

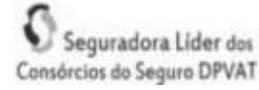
SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde			BLOCO F		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES		
Identificação do Paciente			5 - NOME DO PACIENTE		
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			7 - N.º DO PRONTUÁRIO		
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			9 - DATA DE NASCIMENTO		
10 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)			11 - TELEFONE DE CONTATO		
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			13 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO — 15 - UF — 16 - CEP		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		
Paciente f com infecção pulmão nó ± 3 meses			Tussa constante c/ ronco crônico		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			exame físico		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			21 - CID 10 PRINCIPAL		
scarase pulmão (c)			22 - CID 10 SECUNDÁRIO		
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		
osteofomia tuberculosa pulmão esquerdo			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
atroposia			26 - CLÍNICA		
			27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		
			28 - DOCUMENTO		
			29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
			( ) CNS ( ) CPF		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
Dr. Carlos Henrique Ferreira Menezes			32 - ASSINATURA E CARIMBO NO REGISTRO DO CONSELHO Dr. Marcelo Marques Médico CRM 1918/RR		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO			36 - CNPJ DA SEGURADORA		
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			37 - N.º DO BILHETE		
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			38 - SÉRIE		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR			39 - CNPJ DA EMPRESA		
			40 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		
			41 - CRON		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			44 - DESEMPREGADO		
			45 - TÍTULO PENSIONADO		
			46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
			( ) CNS ( ) CPF		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			48 - ASSINATURA E CARIMBO NO REGISTRO DO CONSELHO		
17/3/20			0408020601 T922 W4999		







## RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182560/20

**Vítima:** YUSELI MAILIN MENA ROMERO

**CPF:** 706.427.552-05

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/01/2020

**Titular do CPF:** YUSELI MAILIN MENA ROMERO

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

#### YUSELI MAILIN MENA ROMERO : 706.427.552-05

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 30/06/2020  
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
CPF: 627.942.803-68

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/06/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200233316      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** YUSELI MAILIN MENA ROMERO      **Data do acidente:** 03/01/2020      **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

**Data da análise:** 03/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** OBS: PAG. 3/11/12/13/

**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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200233316      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** YUSELI MAILIN MENA ROMERO      **Data do acidente:** 03/01/2020      **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

**Data da análise:** 03/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** OBS: PAG. 3/11/12/13/

**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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: YSELI MAIIN MENA ROMERO  
NACIONALIDADE: VENEZUELA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: COMERCIANTE RG: 08485025 766201760 PF.  
CPF 706.427.552-05 ENDEREÇO: RUA ARAUJO FILHO 237  
BAIRRO: CENTRO CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA  
CEP 69.301-090

VITIMA: YSELI MAIIN MENA Romero  
CPF: 706.427.552-05 DATA DO ACIDENTE: 03.01.2020  
NATUREZA:  DAMS  INVALIDEZ  MORTE

### OUTORGADA:

NOME: José Santana Feitosa Guimaraes  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: ATIVONOMO  
Nº. DO RG: 114876399-3 ORGÃO EMISSOR: SEPMAR  
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999  
Nº. DO CPF: 627.942.903-68  
ENDEREÇO: RUA GUICAO N° 312 BAIRRO: NOVA CANÃA

### PODERES:

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

Boa Vista - RR, 05 de Fevereiro de 2020



Yseli Mena

ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade



## RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182560/20

**Vítima:** YUSELI MAILIN MENA ROMERO

**CPF:** 706.427.552-05

**Data do acidente:** 03/01/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** YUSELI MAILIN MENA ROMERO

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

#### YUSELI MAILIN MENA ROMERO : 706.427.552-05

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 30/06/2020  
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
CPF: 627.942.803-68

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/06/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO