

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

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

6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 6	19/01/2021 17:43:53	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div><div>6.1 Arquivo: Petição</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2776482CONTESTACAO01.pdf</div><div>Público</div></div>			
<div><div>6.2 Arquivo: DOCS</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2776482CONTESTACAOAnexo02.pdf</div><div>Público</div></div>			
<div><div>6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>KIT SEGURADORA LDER.pdf</div><div>Público</div></div>			
5	14/12/2020 17:07:19	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	14/12/2020 17:07:19	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	14/12/2020 17:07:19	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ
Registro de Distribuição			
2	14/12/2020 17:07:19	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ
5ª Vara Cível			
<div>[+]</div> 1	14/12/2020 17:07:16	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado



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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 15 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: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), YUSELI MAILIN MENA 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: YUSELI MAILIN MENA ROMERO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000071611-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00437/00438 - carta_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJT3B VWC77 M3H9P HAQAD



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: 706.427.552-05 4 - Nome completo da vítima: YUSELI MAHIN MENA 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: YUSELI MAHIN MENA ROMERO 6 - CPF: 706427.552-05
7 - Profissão: COMERCIANTE 8 - Endereço: RUA ARAUJO FILHO 9 - Número: 237 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.303.420
15 - E-mail: SANTANAGRIMMADRESR@Gmail.com 16 - Tel (DDD): 195199109-9685

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: 0653 CONTA: 71.611 4

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

x Yuseli Mena

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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

1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA

Meio(s) Empregado(s)

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
Bairro: SÃO VICENTE

Nº: s/n

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
Complemento: com Rua Cruzeiro do Sul
Bairro: Cinturão Verde

Nº: 453

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



Delegado de Polícia Civil: Alexandre Henrique de Matos Lima
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 05/02/2020 11:27
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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 darpou na esquina com rua 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 deixo essas informacoes nesta dp para providencias.



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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."


DAT
CONFERE COM O ORIGINAL
05.02.2020
DATA.
ASSINATURA
Jefferson Inacio Araujo
Delegado de Polícia



Delegado de Polícia Civil: Alexandre Henrique de Matos Lima
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 05/02/2020 11:27
Protocolo nº: Não disponível

Página 3 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PMRR-1° BPM		RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL				SÉRIE J	
						Nº 005185	
Vtr 001	SUCp 1° BPM	Data 03/01/2020	S/Setor LESTE	H/Transm 16h50min	H/Ini 16h50min	CH/H 17h00min	H/Fin 18h13min
Cód. Oc. 1001/1003		Cód. Prov. 13023/13999		Cód. Ser. Prest. XXXXXXXXXXXXXXXXXX		Km/Ini 13810	Km/Fin 13819
LOCAL DE OCORRÊNCIA							
RUA PROFESSOR CLOVIS SOUZA/RUA CRUZEIRO							
AV/RUA DO SUL		Bairro: CINTURAO VERDE		Refe.: CRUZAMENTO			
PESSOAS RELACIONADAS							
1 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							
2 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		CARGO		LOCAL			
Blondes		Apc		2º DP			
Senhor (a) Delegado (a) do 2º DP.		HISTORICO					
<p>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 ESCORIAÇÕES, QUE O SENHOR ELIAS TAMBEM ENCOTRAVA-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 FREAAR, 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.</p> <p>ERA O QUE TINHA A RELATAR.</p>							
 MARCIO BARNABÉ DA SILVA		40690-2 CADASTRO		3º SGT PM Posto/Graduação		1ºBPM-CPC SUOp	

POLÍCIA MILITAR - RR
CONFERE CPC-P2-P3
DATA 22/01/2020
David Amaral dos Santos
Func. Civil PM/RR
Mat. 044005222



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: 706.427.552-05 4 - Nome completo da vítima: YUSELI MAHIN MENA 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: YUSELI MAHIN MENA ROMERO 6 - CPF: 706427.552-05
7 - Profissão: COMERCIANTE 8 - Endereço: RUA ARAUJO FILHO 9 - Número: 237 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.303.420
15 - E-mail: SANTANA@GMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 95199109-3685

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: 0653 CONTA: 71.611 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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


41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)


FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**RORAIMA
ENERGIA**

Para contato com
a Roraima Energia,
Informe este número

**0032588-0**

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 671 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº DA NOTA FISCAL 5405120 FCAM*

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

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

RONARIA PEREIRA DE SOUZA
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAA
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

CPF: 00087608650249

DATAS 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	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	BUJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	BUJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	BUJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	BUJETADO 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

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 298 - 0.617770

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

0	82	73	80	7239	194	1	206	280	323	298	298
---	----	----	----	------	-----	---	-----	-----	-----	-----	-----



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.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 SUSEP¹ 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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu JOÃO SANTANA FEITOSA GIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803, 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário YUSELI MAILIN MENA ROMERO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 706.427.552/05, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
YUSELI MAILIN MENA ROMERO, 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	<u>RUA GIDEÃO</u>		Número	<u>312</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>NOVA CANAÃ</u>	Cidade	<u>BOA VISTA</u>	Estado	<u>RR</u>	CEP
Email	<u>SANTANAGIMARACSR@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>(95) 98105-9707</u>		
			Telefone celular (DDD)	<u>95199169-3685</u>		

BOA VISTA, 24 de JUNHO de 2020
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

402-L

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

☐ 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 YUSELI MAILIN MENA ROMERO				Data Nascimento 19/11/1994		Idade 25 A 1 M 14 D		CNS 898005835601613		CPF 70642755205	
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 21512580		Órgão Emissor VENEZUELA		Data Emissão 10/10/2017		Sexo F		Estado Civil SOLTEIRO(APARDA)	
Mãe ANA YACELI ROMERO		Endereço RUA - AJURICABA - 179 - CENTRO - BOA VISTA - RR		Pai FÉLIX MENA SANTO		Naturalidade VENEZUELA		Contato (95) 99155-4753		Ocupação	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Registrado por: ANTONIA.SOARES					
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Sintomático Digestivo		<input type="checkbox"/> Sintomático Urinário	

Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA) 17:51h		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			

- Acidente moto vs carro -

Exame Físico	
Hipótese Diagnóstica fratura de ombro g/n	
SADI - Exames Complementares	
<input type="checkbox"/> RAIO X <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS	

PRESCRIÇÃO

Diplo para 2x 1x
Diplo 4x 1x

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

17:55h

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
05. FEV 2020
Certifico e Dou fe que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Conduta		<input type="checkbox"/> Ambulatório	
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)	
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		<input type="checkbox"/> Internação	
<input type="checkbox"/> Alta a Revelar			
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para <i>Ortopedia</i>			
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Hospital	
Assinatura do Paciente ou Responsável		Assinatura do Médico	

Dr. Giaggo
Médico
CRM 1803

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 09/01/2020 17:52:47



2001205098

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: P1J3B VWCZ7M3H9P HAAQAD





BOLETIM OPERATÓRIO

Yusceli Maria da
Ribeiro

Data: 03/01/20

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

QUIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em D-D-H, sob anestesia
- (2) Incisão e Intussuscepção
- (3) colocação de ligamentos estendidos
- (4) Ligamento necrosado encaixado nos 10L e 10R
- (5) Redução da hernia + fixação da fixação externa
- (6) de lobes da
- (7) de imagens
- (8) Fatura de pele
- (9) Curativos
- (10) RPT

HOSPITAL GERAL DE CURITIBA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 37/N
Novo Planalto - Tel (41) 2121-0620

OS - FFV 7070

Certificado de que a presente
cópia foi reproduzida fielmente
que foi apresentado neste Hospital

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia/Traumatologia
CRM: RR 1636
RQE: 610



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Paralela do Brasil"

FICHA DE ANESTESIA

YUSELI MARLIN MEENA ROMERO

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

27

23

00

03.01.2020

AGENTES	Nº	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
AG	02												
LIQUIDOS VENOSOS													
DA	°C	240											
X	38	220											
ULSO	36	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
ANES	34	180											
X	32	160											
OP	30	140											
TEMP		120											
ASPIR.		100											
A		80											
RESP		60											
O		40											
Expir		20											
Assist													
Contro													
SIMBOLOS													

EL6, FC, PNT, SPO2

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A		BLONDEIRO DO BUELO	
B	ROPINAVATINA 0.5%	BRANQUINHA ESTANDEDO	*CHECK LIST AP. ANESTESIA
C	20mg/100ml	VIA SUPRA CLAVICULAR	+ MONITORIZACAO
D	100ml	GUIADO POR USG	1- O2 SOB CATETER NASAL 2L/min
E			2- CATETER ARTERIAL 18G
F			
G	GLICOSE	Cânula - Naso / Oro Faringea	
H	MDCO	Naso / Orofaringea - Cego	
I	SANGUE	Bal - Tampo - Calibra do Tubo	
J	SFRYT. 1000um	Sob Máscara	
K		Difícil de Técnica	
L		TEMPO DE ANESTESIA	
M	TOTAL 1000um		
N	OPERAÇÃO	REDUÇÃO + FIXAÇÃO DE FRATURA EXPOSTA	
O	ANESTESIA	DR. MICHEL	
P	COÓRDO	DR. PABLO RZ	
Q	CIRURGIÃO		
R	PERDA SANGÜÍNEA		

DR. EMERSON R1

Michel M. Moura
Médico Anestesiologista
CRM - RR 1108

ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade:		Procedimento Realizado: <i>Tatolim</i> <i>gelo de infusão e suporte</i>	
Nome do Paciente: <i>Yuseli milin m...</i>		Idade:	SEXO: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Nº do Prontuário	Data
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala <i>04</i>	Circulante de Sala: <i>Cláudia + Sálvia</i>	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: <i>Fixador Externo em Punha e</i>					
Dados dos materiais/Serviço					

Dados dos materiais/Serviço

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO:

1- AUXILIAR:

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO:

INSTRUMENTADOR:

1º AUXILIAR:

1ª VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE
2ª OPME/CME

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: son.ma.hor@gmail.com





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

25 anos
NOME DO PACIENTE Yuseli mailin menezes Romero APT OU LEITO 03 Nº DO PRONTUÁRIO 104120 DATA 10/4/20

CIRURGIA Tratamento Cirurgico de fratura de antebraço e fixação externa INICIO 22:20 FIM 00:50 TEMPO DE DURAÇÃO 00:50

CIRURGIÃO Dr. Paulo ANESTESISTA: Dr. Michel
1º AUXILIAR Dr. Odinei RES. ANESTESIA:
2º AUXILIAR CIRCULANTE Fábia, Cláudia

TIPO DE ANESTESIA: B.P.B. + petição TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS-COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML			SURGICEL	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 05ML			KIT CATARATA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Equipe de sala</u>			OUTROS:	

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	ENFERMEIRA CHEFE <u>Solange</u>	MATERIAL MEDICAMENTOS	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

Contratado sala: 22:00
Início Cirurgia: 22:20

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
FIM: 551113340002
FIXADOR PARA ANTEBRAÇO E PUNHO
Ref. 3405
Registro ANVISA: 10233710062

402-1



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
Yuzeli Marlon Alencar Nunes			
AGNOSTIC: fratura exposta de fêmur distal (E)			
ALERGIAS		HAS	NEGA
IDADE	259	LEITO	DM2
ITEM		DATA	NEGA
PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL LIVRE		HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		SND
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		Manten.
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		SN
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		28-06-12
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		06
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		06-14-22
10	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H		04-10-16-22
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		08-18
12	SSVV + CCGG 6/6 H		SN
13	CURATIVO DIÁRIO		Rolme
14			Rolme
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OUTROS
DI/M: GLICOSE

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:

Odinachi Dkemi,
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 183.712

João Alves

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

035: Paciente admitido em 19/01/2021
Exposto - Franciele Rodrigues
Enfermeira
COREN/RR - 353.432

402-1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR Hospital Geral de Roraima	
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	
ITEM						05/01/2020	
1		DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO	
2		AVP				Sob	
3		CLINDAMICINA 600MG EV DE 12/12H				12 18	
4		TILATIL 20MG EV DE 12/12H				18 06	
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				12 18	
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06	
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR					
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11		CURATIVO DIÁRIO					
12		SSVV + CCGG 6/6H					
13		CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				10 22	
14							
15							
16							
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250-300-400-500-600-800-1000-1200-1400-1600-1800-2000-2200-2400-2600-2800-3000-3200-3400-3600-3800-4000-4200-4400-4600-4800-5000-5200-5400-5600-5800-6000-6200-6400-6600-6800-7000-7200-7400-7600-7800-8000-8200-8400-8600-8800-9000-9200-9400-9600-9800-10000-10200-10400-10600-10800-11000-11200-11400-11600-11800-12000-12200-12400-12600-12800-13000-13200-13400-13600-13800-14000-14200-14400-14600-14800-15000-15200-15400-15600-15800-16000-16200-16400-16600-16800-17000-17200-17400-17600-17800-18000-18200-18400-18600-18800-19000-19200-19400-19600-19800-20000-20200-20400-20600-20800-21000-21200-21400-21600-21800-22000-22200-22400-22600-22800-23000-23200-23400-23600-23800-24000-24200-24400-24600-24800-25000-25200-25400-25600-25800-26000-26200-26400-26600-26800-27000-27200-27400-27600-27800-28000-28200-28400-28600-28800-29000-29200-29400-29600-29800-30000-30200-30400-30600-30800-31000-31200-31400-31600-31800-32000-32200-32400-32600-32800-33000-33200-33400-33600-33800-34000-34200-34400-34600-34800-35000-35200-35400-35600-35800-36000-36200-36400-36600-36800-37000-37200-37400-37600-37800-38000-38200-38400-38600-38800-39000-39200-39400-39600-39800-40000-40200-40400-40600-40800-41000-41200-41400-41600-41800-42000-42200-42400-42600-42800-43000-43200-43400-43600-43800-44000-44200-44400-44600-44800-45000-45200-45400-45600-45800-46000-46200-46400-46600-46800-47000-47200-47400-47600-47800-48000-48200-48400-48600-48800-49000-49200-49400-49600-49800-50000-50200-50400-50600-50800-51000-51200-51400-51600-51800-52000-52200-52400-52600-52800-53000-53200-53400-53600-53800-54000-54200-54400-54600-54800-55000-55200-55400-55600-55800-56000-56200-56400-56600-56800-57000-57200-57400-57600-57800-58000-58200-58400-58600-58800-59000-59200-59400-59600-59800-60000-60200-60400-60600-60800-61000-61200-61400-61600-61800-62000-62200-62400-62600-62800-63000-63200-63400-63600-63800-64000-64200-64400-64600-64800-65000-65200-65400-65600-65800-66000-66200-66400-66600-66800-67000-67200-67400-67600-67800-68000-68200-68400-68600-68800-69000-69200-69400-69600-69800-70000-70200-70400-70600-70800-71000-71200-71400-71600-71800-72000-72200-72400-72600-72800-73000-73200-73400-73600-73800-74000-74200-74400-74600-74800-75000-75200-75400-75600-75800-76000-76200-76400-76600-76800-77000-77200-77400-77600-77800-78000-78200-78400-78600-78800-79000-79200-79400-79600-79800-80000-80200-80400-80600-80800-81000-81200-81400-81600-81800-82000-82200-82400-82600-82800-83000-83200-83400-83600-83800-84000-84200-84400-84600-84800-85000-85200-85400-85600-85800-86000-86200-86400-86600-86800-87000-87200-87400-87600-87800-88000-88200-88400-88600-88800-89000-89200-89400-89600-89800-90000-90200-90400-90600-90800-91000-91200-91400-91600-91800-92000-92200-92400-92600-92800-93000-93200-93400-93600-93800-94000-94200-94400-94600-94800-95000-95200-95400-95600-95800-96000-96200-96400-96600-96800-97000-97200-97400-97600-97800-98000-98200-98400-98600-98800-99000-99200-99400-99600-99800-100000-100200-100400-100600-100800-101000-101200-101400-101600-101800-102000-102200-102400-102600-102800-103000-103200-103400-103600-103800-104000-104200-104400-104600-104800-105000-105200-105400-105600-105800-106000-106200-106400-106600-106800-107000-107200-107400-107600-107800-108000-108200-108400-108600-108800-109000-109200-109400-109600-109800-110000-110200-110400-110600-110800-111000-111200-111400-111600-111800-112000-112200-112400-112600-112800-113000-113200-113400-113600-113800-114000-114200-114400-114600-114800-115000-115200-115400-115600-115800-116000-116200-116400-116600-116800-117000-117200-117400-117600-117800-118000-118200-118400-118600-118800-119000-119200-119400-119600-119800-120000-120200-120400-120600-120800-121000-121200-121400-121600-121800-122000-122200-122400-122600-122800-123000-123200-123400-123600-123800-124000-124200-124400-124600-124800-125000-125200-125400-125600-125800-126000-126200-126400-126600-126800-127000-127200-127400-127600-127800-128000-128200-128400-128600-128800-129000-129200-129400-129600-129800-130000-130200-130400-130600-130800-131000-131200-131400-131600-131800-132000-132200-132400-132600-132800-133000-133200-133400-133600-133800-134000-134200-134400-134600-134800-135000-135200-135400-135600-135800-136000-136200-136400-136600-136800-137000-137200-137400-137600-137800-138000-138200-138400-138600-138800-139000-139200-139400-139600-139800-140000-140200-140400-140600-140800-141000-141200-141400-141600-141800-142000-142200-142400-142600-142800-143000-143200-143400-143600-143800-144000-144200-144400-144600-144800-145000-145200-145400-145600-145800-146000-146200-146400-146600-146800-147000-147200-147400-147600-147800-148000-148200-148400-148600-148800-149000-149200-149400-149600-149800-150000-150200-150400-150600-150800-151000-151200-151400-151600-151800-152000-152200-152400-152600-152800-153000-153200-153400-153600-153800-154000-154200-154400-154600-154800-155000-155200-155400-155600-155800-156000-156200-156400-156600-156800-157000-157200-157400-157600-157800-158000-158200-158400-158600-158800-159000-159200-159400-159600-159800-160000-160200-160400-160600-160800-161000-161200-161400-161600-161800-162000-162200-162400-162600-162800-163000-163200-163400-163600-163800-164000-164200-164400-164600-164800-165000-165200-165400-165600-165800-166000-166200-166400-166600-166800-167000-167200-167400-167600-167800-168000-168200-168400-168600-168800-169000-169200-169400-169600-169800-170000-170200-170400-170600-170800-171000-171200-171400-171600-171800-172000-172200-172400-172600-172800-173000-173200-173400-173600-173800-174000-174200-174400-174600-174800-175000-175200-175400-175600-175800-176000-176200-176400-176600-176800-177000-177200-177400-177600-177800-178000-178200-178400-178600-178800-179000-179200-179400-179600-179800-180000-180200-180400-180600-180800-181000-181200-181400-181600-181800-182000-182200-182400-182600-182800-183000-183200-183400-183600-183800-184000-184200-184400-184600-184800-185000-185200-185400-185600-185800-186000-186200-186400-186600-186800-187000-187200-187400-187600-187800-188000-188200-188400-188600-188800-189000-189200-189400-189600-189800-190000-190200-190400-190600-190800-191000-191200-191400-191600-191800-192000-192200-192400-192600-192800-193000-193200-193400-193600-193800-194000-194200-194400-194600-194800-195000-195200-195400-195600-195800-196000-196200-196400-196600-196800-197000-197200-197400-197600-197800-198000-198200-198400-198600-198800-199000-199200-199400-199600-199800-200000-200200-200400-200600-200800-201000-201200-201400-201600-201800-202000-202200-202400-202600-202800-203000-203200-203400-203600-203800-204000-204200-204400-204600-204800-205000-205200-205400-205600-205800-206000-206200-206400-206600-206800-207000-207200-207400-207600-207800-208000-208200-208400-208600-208800-209000-209200-209400-209600-209800-210000-210200-210400-210600-210800-211000-211200-211400-211600-211800-212000-212200-212400-212600-212800-213000-213200-213400-213600-213800-214000-214200-214400-214600-214800-215000-215200-215400-215600-215800-216000-216200-216400-216600-216800-217000-217200-217400-217600-217800-218000-218200-218400-218600-218800-219000-219200-219400-219600-219800-220000-220200-220400-220600-220800-221000-221200-221400-221600-221800-222000-222200-222400-222600-222800-223000-223200-223400-223600-223800-224000-224200-224400-224600-224800-225000-225200-225400-225600-225800-226000-226200-226400-226600-226800-227000-227200-227400-227600-227800-228000-228200-228400-228600-228800-229000-229200-229400-229600-229800-230000-230200-230400-230600-230800-231000-231200-231400-231600-231800-232000-232200-232400-232600-232800-233000-233200-233400-233600-233800-234000-234200-234400-234600-234800-235000-235200-235400-235600-235800-236000-236200-236400-236600-236800-237000-237200-237400-237600-237800-238000-238200-238400-238600-238800-239000-239200-239400-239600-239800-240000-240200-240400-240600-240800-241000-241200-241400-241600-241800-242000-242200-242400-242600-242800-243000-243200-243400-243600-243800-244000-244200-244400-244600-244800-245000-245200-245400-245600-245800-246000-246200-246400-246600-246800-247000-247200-247400-247600-247800-248000-248200-248400-248600-248800-249000-249200-249400-249600-249800-250000-250200-250400-250600-250800-251000-251200-251400-251600-251800-252000-252200-252400-252600-252800-253000-253200-253400-253600-253800-254000-254200-254400-254600-254800-255000-255200-255400-255600-255800-256000-256200-256400-256600-256800-257000-257200-257400-257600-257800-258000-258200-258400-258600-258800-259000-259200-259400-259600-259800-260000-260200-260400-260600-260800-261000-261200-261400-261600-261800-262000-262200-262400-262600-262800-263000-263200-263400-263600-263800-264000-264200-264400-264600-264800-265000-265200-265400-265600-265800-266000-266200-266400-266600-266800-267000-267200-267400-267600-267800-268000-268200-268400-268600-268800-269000-269200-269400-269600-269800-270000-270200-270400-270600-270800-271000-271200-271400-271600-271800-272000-272200-272400-272600-272800-273000-273200-273400-273600-273800-274000-274200-274400-274600-274800-275000-275200-275400-275600-275800-276000-276200-276400-276600-276800-277000-277200-277400-277600-277800-278000-278200-278400-278600-278800-279000-279200-279400-279600-279800-280000-280200-280400-280600-280800-281000-281200-281400-281600-281800-282000-282200-282400-282600-282800-283000-283200-283400-283600-283800-284000-284200-284400-284600-284800-285000-285200-285400-285600-285800-286000-286200-286400-286600-286800-287000-287200-287400-287600-287800-288000-288200-288400-288600-288800-289000-289200-289400-289600-289800-290000-290200-290400-290600-290800-291000-291200-291400-291600-291800-292000-292200-292400-292600-292800-293000-293200-293400-293600-293800-294000-294200-294400-294600-294800-295000-295200-295400-295600-295800-296000-296200-296400-296600-296800-297000-297200-297400-297600-297800-298000-298200-298400-298600-298800-299000-299200-299400-299600-299800-300000-300200-300400-300600-300800-301000-301200-301400-301600-301800-302000-302200-302400-302600-302800-303000-303200-303400-303600-303800-304000-304200-304400-304600-304800-305000-305200-305400-305600-305800-306000-306200-306400-306600-306800-307000-307200-307400-307600-307800-308000-308200-308400-308600-308800-309000-309200-309400-309600-309800-310000-310200-310400-310600-310800-311000-311200-311400-311600-311800-312000-312200-312400-312600-312800-313000-313200-313400-313600-313800-314000-314200-314400-314600-314800-315000-315200-315400-315600-315800-316000-316200-316400-316600-316800-317000-317200-317400-317600-317800-318000-318200-318400-318600-318800-319000-319200-319400-319600-319800-320000-320200-320400-320600-320800-321000-321200-321400-321600-321800-322000-322200-322400-322600-322800-323000-323200-323400-323600-323800-324000-324200-324400-324600-324800-325000-325200-325400-325600-325800-326000-326200-326400-326600-326800-327000-327200-327400-327600-327800-328000-328200-328400-328600-328800-329000-329200-329400-329600-329800-330000-330200-330400-330600-330800-331000-331200-331400-331600-331800-332000-3322					

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 05/01/20

PACIENTE: Yureli Malin Pereira

DN: 1-1

DIAGNÓSTICOS: Fx exp. punção

- 1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: BLD 402-1
- 2- PACIENTE: () ACAMADO (X) DEAMBULA () O2 SUPLEMENTAR
- 3- DIETA: (X) VIA ORAL () SNE () OUTRA

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? (X) SIM () NÃO
() AGUARDANDO

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? (X) SIM () NÃO
() AGUARDANDO

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? () SIM (X) NÃO
() AGUARDANDO

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

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

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

ATB + analgésico

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Aguardando exame

Boa Vista, 05 de 01 de 20 20. Hora: _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.
Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:
(X) HC () HLI () HMI () OUTRO







HOSPITAL GERAL DE RORAIMA/BLOCO DE INTERNAÇÃO

LEITO: 601-S

NOME: YUSELI MAILIN MEENA ROMERO.

DN: 19 / 11 / 94 INTERNAÇÃO NO BLOCO: 11 / 03 / 2020

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA.

☐ Risco de Queda

☐ Precaução Contato

☐ Risco de Lesão Por Pressão

☐ Precaução Respiratória

☐ Alergia: NÃO

☐ Precaução Gotícula

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 - 99132-9292

www.labclinrr.com.br

Nome..... YUSELI MAILIN MENA ROMERO

Idade 25A 3M 3 Pedido 040000136



Convênio. PARTICULAR

CPF do paciente: 706.427.562-05

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 referencia

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 referencia

0,40 a 1,30 mg/dL



PNCQ

I.M: 5800677 Alvará 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 Salazar Jansen Filho
Farmaceutico/Bioquímico
CRF/RR 304



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Uenilda Medeiros Moura Pontes
Responsável Cirurgião Dr. Carlos Evangelista

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- (X) Identidade
(X) Sítio Cirúrgico
(X) Procedimento
(X) Sim () Não
Consentimento

RISCO CIRÚRGICO

(X) Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

(X) Sim () Não () Não se Aplica

(X) VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

(X) OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

(X) Não () Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

(X) Não () Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

(X) Não () Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr. Anderson

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: _____

Hora: _____

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



ESTADO DE RORAIMA

AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado: Fratura de Pênis	
Nome do Paciente: Simeão José da Silva Romão		IDADE: 25	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário 00177504	Data 12/03/2010
Bloco: F	Enfermaria: 601	Leito: 05	Nº da Sala 04	Circulante de Sala Admilson Nêves	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:					

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

EX. Período Frágil to
Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima		Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM		QUANT
01	Fio de Kirschner 2.0 l.		03
<p><i>Carlos Enrique La Rosa</i> Médico CRM-RR 488</p>			

Carlos Enrique La Rosa
Medico
CRM-RR 453

MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

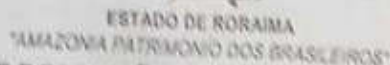
INSTRUMENTADOR: _____

Empresa ()	Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON ()	Marca:
-------------	---	--------

[illegible]MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____INSTRUMENTADOR: _____VIA- PRONTUARIO DO PACIENTEOPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (Dix95) 2121 0637





Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado: Extração de Dente	
Nome do Paciente: Jureli de Lima Sousa Roraima		IDADE: 25	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário 20121504	Data 13/03/2010
Bloco: F	Enfermaria: 601	Leito: 05	Nº da Sala 08	Circulante de Sala: Janderson Naves	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: CX - Pequeno Fragmento					
Dados dos materiais/Serviço					

Dados dos materiais/Serviço

INSTRUMENTADOR:

VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE
OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 68.310-006 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx68) 2171 0837



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		50.25	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Yureli Machin memo Rouse		604-05	00177504	12 / 03 / 2020	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Tratamento de seguila de Fratura de		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
Pantela (R)		12:10	13:10		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		M. Adonias	
M. Carlos Henrique		RES. ANESTESIA:		R2 Andriana	
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
M. Marcelly					
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
		Adenilton 1 Tânia			
TIPO DE ANESTESIA: B. P. B.		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº		100ml	FIO PROLENE Nº PVP 2 Top. 1.0	
	DRENO DE PENROSE Nº		20ml	FIO SEDA Nº 100/200	
	SERINGA 01ML		<input checked="" type="checkbox"/>	SURGICEL Aguardo a 6 meses	
	SERINGA 03ML		<input checked="" type="checkbox"/>	CERA P/ OSSO Nadine 1.0 cm	
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº Agulha 10x12	
11	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Equi-pomares P3	
11	SERINGA 20ML		1	FITA CARDÍACA Catêta de 02	
1	filas 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	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Brite	SUB- TOTAL		
		gabriel	TAXA DE SALA		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Yuseli Marilin Mena Romere		601-05	00177504	12/03/2020	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Tratamento de seguila de Fratura de		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
Punha (R)		12:14	13:10		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:			
M. Carlos Henrique		Dr. Adonias			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:			
M. Marcus		R2 Adriano			
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE			
TIPO DE ANESTESIA: B. P. B.		Adenilton T. Távila			
TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 2.2			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº		100ml	FIO PROLENE Nº PVP 2 Tg. 2.0	
	DRENO DE PENROSE Nº		200ml	FIO SEDA Nº 2.0	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL Agulha 2.0	
	SERINGA 03ML		1	GERA P/ OSSO Machado 1.0	
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº Agulha 1.0	
11	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Equipamento	
11	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA Cateter de O2	
1	Alças 18		1	OUTROS: Eletrodo	
1	eletrodo				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Brite	SUB- TOTAL		
		gabriel	TAXA DE SALA		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trf.us.br/projudi/> - Identificador: PJ13B VWC77M3H9P HACAD



alter: 14/03/2020

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BLOCO F

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COO. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - DESEMPREGADO

47 - INDETERMINADO

48 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COO. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO

RR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1650874125

PROIBIDO PLASTIFICAR
1650874125

Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/F: 2148763993 - SSP - MA

CPF: 627.942.803-68 DATA NASCIMENTO: 26/07/1979

FILIAÇÃO: NEURIVAN LOPES GUIMARAES LUKIA FEITOSA GUIMARAES

PERMISSÃO: ☒ ACC: ☒ CAT. HAB: AB

Nº REGISTRO: 03412152366 VALIDEZ: 29/05/2023 1ª HABITAÇÃO: 11/10/2004

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA, RR DATA DE EMISSÃO: 29/05/2018

ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE
69180083613
RR209677511

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

TRABALHADOR	
<p>Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.</p> <p>Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.</p> <p>O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.</p> <p>Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.</p> <p>CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.</p> <p>ESTA CARTEIRA CONTÉM 34 PÁGINAS NUMERADAS</p>	
<div><div>MINISTÉRIO DO TRABALHO SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO</div><div>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</div><div><div>PF/PASEP 133.02103.01-7</div><div><div>NÚMERO 0419370</div><div>SERIE A01</div><div>UF RR</div></div><div>Yuseli Mena ASSINATURA DO TITULAR</div><div></div></div></div>	

QUALIFICAÇÃO CIVIL - ESTRANGEIRO	ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE 03
<div>ESTRANGEIRO</div> <div><p>YUSELI MAILIN MENA ROMERO</p><p>FILIAÇÃO: ANA YACELI ROMERO FELIX MENA SANTO</p><p>NASCIMENTO: 18/11/1984</p><p>ESTADO CIVIL: SOLTEIRO</p><p>NACIONALIDADE: VENEZUELA</p><p>DOCUMENTO: PROTOCOLO PP-0840602579501760-2 21/11/2017 - RNE 64035645-RR</p><p>RNE: 64035645</p><p>MODALIDADE: ACORDO BRASIL X VENEZUELA</p><p>CPF: 708.427.662-05</p><p>VALIDADE: 25/15/2018</p><p>LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - BOA VISTA</p><p>DATA DE EMISSÃO: 21/02/2018</p><p><i>Yuseli Mena</i> ASSINATURA DO EMISSOR</p></div>	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETTRAN - RR CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 014247108804	
01	01084731310
02	703.968.062-95
03	PC6KE156CG0045205
04	YAMAHA/T115 CRYPTON K
05	2015
06	2016
07	PRETA
08	PRETA
09	PRETA
10	PRETA
11	PRETA
12	PRETA
13	PRETA
14	PRETA
15	PRETA
16	PRETA
17	PRETA
18	PRETA
19	PRETA
20	PRETA
21	PRETA
22	PRETA
23	PRETA
24	PRETA
25	PRETA
26	PRETA
27	PRETA
28	PRETA
29	PRETA
30	PRETA
31	PRETA
32	PRETA
33	PRETA
34	PRETA
35	PRETA
36	PRETA
37	PRETA
38	PRETA
39	PRETA
40	PRETA
41	PRETA
42	PRETA
43	PRETA
44	PRETA
45	PRETA
46	PRETA
47	PRETA
48	PRETA
49	PRETA
50	PRETA
51	PRETA
52	PRETA
53	PRETA
54	PRETA
55	PRETA
56	PRETA
57	PRETA
58	PRETA
59	PRETA
60	PRETA
61	PRETA
62	PRETA
63	PRETA
64	PRETA
65	PRETA
66	PRETA
67	PRETA
68	PRETA
69	PRETA
70	PRETA
71	PRETA
72	PRETA
73	PRETA
74	PRETA
75	PRETA
76	PRETA
77	PRETA
78	PRETA
79	PRETA
80	PRETA
81	PRETA
82	PRETA
83	PRETA
84	PRETA
85	PRETA
86	PRETA
87	PRETA
88	PRETA
89	PRETA
90	PRETA
91	PRETA
92	PRETA
93	PRETA
94	PRETA
95	PRETA
96	PRETA
97	PRETA
98	PRETA
99	PRETA
100	PRETA

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT	
RR Nº 014247108804 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
2019	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT	
203. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO	
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.seguradoralider.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1204	
01	703.968.062-95
02	PC6KE156CG0045205
03	YAMAHA/T115 CRYPTON K
04	2015
05	2016
06	PRETA
07	PRETA
08	PRETA
09	PRETA
10	PRETA
11	PRETA
12	PRETA
13	PRETA
14	PRETA
15	PRETA
16	PRETA
17	PRETA
18	PRETA
19	PRETA
20	PRETA
21	PRETA
22	PRETA
23	PRETA
24	PRETA
25	PRETA
26	PRETA
27	PRETA
28	PRETA
29	PRETA
30	PRETA
31	PRETA
32	PRETA
33	PRETA
34	PRETA
35	PRETA
36	PRETA
37	PRETA
38	PRETA
39	PRETA
40	PRETA
41	PRETA
42	PRETA
43	PRETA
44	PRETA
45	PRETA
46	PRETA
47	PRETA
48	PRETA
49	PRETA
50	PRETA
51	PRETA
52	PRETA
53	PRETA
54	PRETA
55	PRETA
56	PRETA
57	PRETA
58	PRETA
59	PRETA
60	PRETA
61	PRETA
62	PRETA
63	PRETA
64	PRETA
65	PRETA
66	PRETA
67	PRETA
68	PRETA
69	PRETA
70	PRETA
71	PRETA
72	PRETA
73	PRETA
74	PRETA
75	PRETA
76	PRETA
77	PRETA
78	PRETA
79	PRETA
80	PRETA
81	PRETA
82	PRETA
83	PRETA
84	PRETA
85	PRETA
86	PRETA
87	PRETA
88	PRETA
89	PRETA
90	PRETA
91	PRETA
92	PRETA
93	PRETA
94	PRETA
95	PRETA
96	PRETA
97	PRETA
98	PRETA
99	PRETA
100	PRETA

PRÊMIO TARIFÁRIO	
INS (R\$)	RENATRAM (R\$)
R\$36.05	R\$4.01
CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$40.06	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)
R\$4.15	R\$0.32
DATA DE QUITAÇÃO	
25/06/2019	
PAGAMENTO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO
SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
CNPJ 09.248.808/0001-04	

RECIBO 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 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



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.

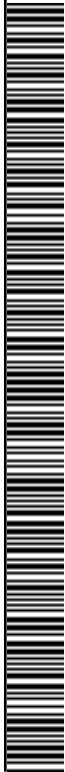
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: VUSELI MAILIN MENA ROMERO
NACIONALIDADE: VENEZUELA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: COMERCIANTE RG: 08485025766201760 PF.
CPF: 706.427.552-05 ENDEREÇO: RVA ARAUJO FILHO 237
BAIRRO: CENTRO CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA
CEP: 69.301-090

VITIMA: VUSELI MAILIN MENA ROMERO
CPF: 706.427.552-05 DATA DO ACIDENTE: 03.01.2020
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: JOSE SANTANA FEITOSA CUNHA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTÔNOMO
Nº. DO RG: 114876399-3 ORGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº. DO CPF: 627.942.803-68
ENDEREÇO: RVA GIDEÃO Nº 312 BAIRRO: NOVA CANAÃ

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 20 20



Assel: Mena

ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade



RECIBO 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 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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

