
Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200233310

Vítima: MARCELINO CUSTODIO MACIEL JUNIOR

Data do Acidente: 01/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCELINO CUSTODIO MACIEL JUNIOR

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



Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200233310

Vítima: MARCELINO CUSTODIO MACIEL JUNIOR

Data do Acidente: 01/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCELINO CUSTODIO MACIEL JUNIOR

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: MARCELINO CUSTODIO MACIEL JUNIOR

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 0000015084-9

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

033.248.172-77

4 - Nome completo da vítima:

MARCELINO CUSTÓDIO MACIEL JUNIOR

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

5 - Nome completo:

MARCELINO CUSTÓDIO MACIEL JUNIOR

6 - CPF:

033.248.172-77

7 - Profissão:

MILITAR

8 - Endereço:

RUA SEBASTIÃO ARI PAIVA

9 - Número:

892

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SILVIO LEITE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.314-358

15 - E-mail:

SANTANAGUIMM@RRGMAIL.COM

16 - Tel. (DDD):

971 98105-9707

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

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 15084

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALEZ 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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:

☐

Sim

☐

Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA-RR, 02/07/2019

MARCELINO CUSTÓDIO MACIEL JUNIOR

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 4014/2020 - Registrado em: 02/06/2020 às 12h 55min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 01/06/2019 às 20h 10min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: ESTRELA DALVA

Bairro: RAIAR DO SOL

Referência: EM FRENTE CASA LIRA

Complemento: VIA PÚBLICA

UF: RR

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Tipo de local: VIA URBANA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

MARCELINO CUSTÓDIO MACIEL JUNIOR (19), nascido(a) em 26/10/2000, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de MILITAR, CPF Nº 033.248.172-77, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de MARIA DA CONCEIÇÃO ARAUJO DA SILVA e MACELINO CUSTÓDIO MACIEL, endereço: SEBASTIÃO ARI PAIVA, cep: 69314-358, Nº: 892, bairro: DOUTOR SILVIO LEITE, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, referência: PX IGREJA UNIVELSAL, Telefone: (95) 98405-9434.

OBJETOS

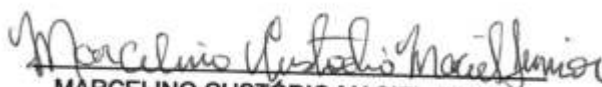
Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO -DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: SENHOR DELEGADO, O COMUNICANTE VEM INFORMAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADO ACONTECEU O SEGUINTE FATO. QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI PLACA NAM 2781 ANO DE FABRICAÇÃO 2011/2012 COR PRETA E CHASSI 9C2KC1670CR431676 DE PROPRIEDADE DE MARIA DA CONCEIÇÃO ARAUJO DA SILVA, NA REFERIDA RUA QUANDO DE REPENTE UM CONDUTOR EM UM GOL NA COR CINZA VISIVELMENTE EMBRIAGADO INVADIU A PREFERENCIAL VINDO A COLIDIR EM SUA MOTOCICLETA, COM O IMPACTO O MESMO VEIO AO CHÃO FRATURANDO A CLAVÍCULA DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO, EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO PELA SUA IRMÃ ATÉ O GRANDE TRAUMA DO HOSPITAL HGR PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRONICAMENTE


MARCELINO CUSTÓDIO MACIEL JUNIOR
COMUNICANTE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

033.248.172-77

4 - Nome completo da vítima:

MARCELINO CUSTÓDIO MACIEL JUNIOR

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

5 - Nome completo:

MARCELINO CUSTÓDIO MACIEL JUNIOR

6 - CPF:

033.248.172-77

7 - Profissão:

MILITAR

8 - Endereço:

RUA SEBASTIÃO ARI PAIVA

9 - Número:

892

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SILVIO LEITE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.314-358

15 - E-mail:

SANTANAGUIMM@RRGMAIL.COM

16 - Tel. (DDD):

971 98105-9707

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

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 15084

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALEZ 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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:

☐

Sim

☐

Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA-RR, 02/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELINO CUSTODIO MACIEL JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000015084-9

Nr. da Autenticação 525825A2738B1A4D



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - 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

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este **NUMERO**

SEU CÓDIGO

0040818-2

Nº DA NOTA FISCAL **5341083** FCAM*
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 (R\$)
JUNHO/2020	11/07/2020	313	269,01

MARIA DA CONCEICAO ARAUJO DA SILVA CPF: 00038337924268
R. SEBASTIAO ARI PAIVA 892 - DR. SILVIO LEITE
CEP: 69.314-358 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual:	09/06/2020	Anterior:	08/05/2020	Próxima leitura:	09/07/2020
Emissão:	08/06/2020	Apresentação:	09/06/2020	Dias de consumo:	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.1	RESIDENCIAL	MONOF	2715585	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	43788							
Leit. Anterior	43475							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	313							
Faturado:	313							

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	313 A R\$ 0,755234 =	236,38
CORRECAO MONETARIA IG 04/20-00		1,17



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este número

0032588-0

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ezequiel, 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 (R\$)
JUNHO/2020	11/07/2020	298	254,07

ROMARIA PEREIRA DE SOUZA
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAÃ
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	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO 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\$ A 298 - 0.617770

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

0	62	75	80	1239	194	206	280	323	298	298
---	----	----	----	------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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/ototecaWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JAY SANTANA FEITOSA GUIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803, 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCELINO CUSTÓDIO M. JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.248.172-1 77, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima MARCELINO CUSTÓDIO MACIEL JUNIOR, inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.248.172 77, 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>
Email	<u>SANTANA.GUIMARAESRR@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
				<u>191/9169-3685</u>	

BOA VISTA, 24 de JUNHO de 2020

Local e Data

x _____
Assinatura do Declarante

☐ 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 Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 21512580 VENEZUELA 10/10/2017 F SOLTEIRO (APARDA) VENEZUELA
Mãe ANA YACELI ROMERO
Endereço RUA - AJURICABA - 179 - CENTRO - BOA VISTA - RR
Contato (95) 99155-4753
Ocupação

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sig Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
ACIDENTE DE MOTO URGÊNCIA
Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:
GRANDE TRAUMA SAMU CAPITAL ANTONIA.SOARES
Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Sinais de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) 17:51h

Acidente de moto vs carro.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

fratura de omoplom

SADI - Exames Complementares

☒ RAIO X ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Repi para la ca
Dalete legar

17:51h

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

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revolta
☒ Transferência para: ortopedi
☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☒ Hospital

Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Giorgio
Médico
CRM 1803
Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 03/01/2020 17:52:47



SUS

Sistema
Unico 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

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Yusceli Martins Menezes Romero

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

172504

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898005835601013

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/11/94

Masc. ☒Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Ana Yara de Almeida

11 - TELEFONE DE CONTATO

059991554753

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua da Liberdade 179 Centro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bv.

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RJ

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente de 25 anos de idade com
fratura exposta do osso de
punho (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

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

20 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

Hórus + Enam Plus + Brilho

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura exposta de radio distal (E)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico fratura exposta do radio distal (E)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Knaiaf

03/10/20

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

9/1/20

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0408080407
5525
V299

Vitor Paracat Santiago
Romeiro

Data: 03/01/20

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em D.O.H. sob anestesia
- (2) Aspsia e Intubação
- (3) Abertura do membro superior
- (4) Lavagem mecânica e aspiração da lesão
- (5) Redução da fratura + fixação com placa externa
- (6) de imagens
- (7) Sutura de pele
- (8) Curativos
- (9) RPT

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia/Traumatologia
CRM-RS 1635
RQE: 810HOSPITAL GERAL DO BRASIL
Av. Brig. Eduardo Gomes, 371
Novo Friburgo, RJ 2121-0620

05-FFV 7070

Certifico que a presente
cópia é fiel reprodução gráfica
que foi arquivado neste Hospital.

Dados dos materiais/Serviço

MÉDICO CIRURGIÃO-

Empresa ()

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

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO:

INSTRUMENTADOR:

9 VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

9 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: enh.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	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Yuseli mailsonyera Rumeiro			03 10/12/20

CIRURGIA

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

CIRURGIÃO	Dr. Paulo	ANESTESISTA:	Dr. Michel
1º AUXILIAR	Dr. Odineith	RES. ANESTESIA:	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	

TIPO DE ANESTESIA:	B.P.B. + petição	TEMPO DE DURAÇÃO:	Fátima, Aluísio
--------------------	------------------	-------------------	-----------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
4	PCTS-COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO-FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	Equipe menor			OUTROS:	

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		
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		

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

ORTOBINTESE IND. E COM. LTDA
TEL: 35113344
FIXADOR PARA ANTEBRACO E PUNHO
Rui: 3406
Registro ANVISA: 10223710862

402-1



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Yizeli Maylin Alencar Nunes</i>					
AGNOSTIC <i>fratura exposta de rádio distal (E)</i>					
ALERGIAS					
IDADE	<i>254</i>	HAS	NEGA	DM2	NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Nutrientes
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SND
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				SND
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				18 (24)-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				SND
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				—
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				06-14-22
10	CLINDAMICINA 300MG EV 6/6H				—
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				04-10-16-22
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				08-18
13	SSVV + CCGG 6/6 H				SND
14	CURATIVO DIÁRIO				Routine
15					Routine
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; 401-450: 10UI; 451-500: 12UI

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 Okemili
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

João Manoel

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Obs: Paciente admitido na
de urgência e fixação de fratura
Exposto - Franciele Rodrigues
Enfermeira
COREN/RR - 353.432

402-1

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				 HGR 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						
IDADE		HAS		DM2		
LEITO	402-1	DATA	05/01/2020			
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	AVP					Sob
3	CLINDAMICINA 300MG VO 6/6H					06
4	FILATIL 20MG EV DE 12/12H					18 06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H					12 18 06
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					06
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: 00-200: 2UI, 201-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.						
# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.						
# PRE						
REALI						
SINAIS VITAIS						
6 H	PA	FC	PR			
12 H						
18 H						
24 H						

Dr. Pedro D. Giovanni
CRM-RR 1615
Coordenador NIP

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 05/01/20

PACIENTE: Yureli Melina Peralta Ponce

DN: 1-1

DIAGNÓSTICOS: Fx exp. pulso

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 exames

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

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

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

E



11/05/2020

79.4 %

11/05/2020

73.5 %

YUSELI MALIN ROMERO

3771

HOSPITAL CORONEL MOTA

Ana Quezla

E



75.4 %

755

YUSELI MALIN M ROMERO
HOSPITAL CORONEL MOTA

23/01/2020

Ciudad de

65.5 %





YUSELI MAILIN MENA ROMERO

ID: 099



Nr 099

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA/BLOCO DE INTERNAÇÃO

LEITO: 604-5

NOME: Yuseli Maílin Mena Romão

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: Sílvia 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: 706.427.552-05

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 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. 6500677 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 Janssen Filho
Farmacêutico/Bioquímico
CRF/RR 304



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Ueneli Medine Maria Romão
Responsável Cirurgião Dr. Carlos Corrêa

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

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

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica ☐ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

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

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

em 12/03/2020

Assinatura

Hora: 12:40

Anderson Melo Lima

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		ID: 25	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Yuseli Machin Mena Raimar		604-05	00177504	12/03/2020	
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
Tratamento de seqüela de Fratura de Pâncreas (R)			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
			12:10	13:40	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		Dr. Adonias	
Dr. Carlos Henrique		RES. ANESTESIA:		R2 Anderson	
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
Dr. Marcelo					
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
		Ademilson Távila			
TIPO DE ANESTESIA: B.P.B		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 300ml	
☒	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	
2	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☒	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 PU 2 Top. ve	
	DRENO DE PENROSE Nº		200ml	FIO SEDA Nº 3/0	
	SERINGA 01ML		☒	SURGICEL Agulha 20x1.5	
	SERINGA 03ML		☒	CERA P/ OSSO, Nadura 1.0 cm	
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº Agulha 10x12	
11	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Equipamento Ps	
11	SERINGA 20ML		1	FITA CARDÍACA Catêta de O2	
1	glicos 18		☒	OUTROS: Eletrodo	
☒	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		
		Brice	SUB- TOTAL		
		gabriel	TAXA DE SALA		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Yuseli Marilim Mena Romere		601-05	00177504	12/03/2020	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Tratamento de seqüela de Fratura de Pâncreas (R)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		12:14	13:10		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:			
Dr. Carlos Henrique		Dr. Adonias			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:			
Dr. Marcelo		R2 Adriano			
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE			
TIPO DE ANESTESIA: B.P.B		Adenilton Távila			
TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1	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	
1	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 2.0	
	DRENO DE PENROSE Nº		200ml	FIO SEDA Nº 2.0	
	SERINGA 01ML			SURGICEL Agulha 2.0	
	SERINGA 03ML			GERA-P/ OSSO Adonis 1.0	
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº Agulha 10x12	
11	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM 8cm x 10cm	
11	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA Cateter de 02	
1	filas 18		1	OUTROS: Eletrodo	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS					
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS	
		Brite gabriel		SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA	
				TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

Yukeli Maikon mx na Romero

*** Midazolam 2,5 mg @**
*** Fentanyl 100 mcg @**

Boa Vista - RR
12.03.2020

12:00 **13:00**

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

AGENTES
A Lidocaína
B Ropivacaína
C Fentanyl 100 mg
D Midazolam 10 mg
E Ketamina 25 mg
F Propofol 180 mg
G

DOSES

TECNICA
Anestesia Venosa +
bloqueio do plexo braquial
e axilar esquiado

ANOTAÇÕES
* Check list + monitorização
($SpO_2 + FC + ECG + PNI$)
① bloqueio do plexo braquial
com Ropivacaína + Lidocaína
+ bloqueio axilar esquiado
② midazolam 7,5 mg @
③ Fentanyl 50 mcg @
④ Propofol 180 mg
⑤ alfentanil 20 mcg @

GLICOSE **LÍQUIDOS**
NDCD
SANGUE
50,9% 1000 ml

Cateter - Naso / Oro Faríngeo } Não
Naso / Orofaríngeo - Cego
Sítio - Temp - Cateter do Tórax
Sítio Membro
Dilatação Tórax

TEMPO DE ANESTESIA

TOTAL

OPERAÇÃO
Tratamento cirúrgico de seqüela de fratura
de pulso ⑥

LESIONES - EQUIPO - EXCESSO FLUIDO
Diminuição Respiratória - Hiperóxia
"Bubbling" - Vêneno

HEMORRAGIA - ANEMIA
Sítio Torácico - Choque

ANESTESIA
Dr. Adonias I. Presidente

CÓDIGO
Audiência

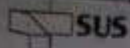
CIRURGIÃO
Dr. Carlos Henrique

PERDA SANGÜÍNEA
Dr. Marcelo

Assinatura do Anestesiologista
Assinatura do Cirurgião

- ⑥ Dexametasona 10 mg @
⑦ alupropeno 100 mg @
⑧ ketamina 25 mg @
⑨ Dipiridamol 2 g @
⑩ Encaminhado paciente para

data: 14/03/2020

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

BLOCO F

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

YUSELI MARIN MENA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898005835601613

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/11/94

9 - Nº DO PRECATÓRIO

177504

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Ana Yaceli Romero

11 - SEXO

Masc. 1

12 - FEM. 3

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua - Apuricaba 179 centro

11 - TELEFONE DE CONTATO

95991554753

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

14000

15 - UF

RR

16 - CEP

69301070

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com fratura punho
há ± 3 meses

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trata novo cirúrgico

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

Exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

severa punho (e)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteotomia interna punho esquerdo

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Luis Enrique

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/3/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Marcelo Marques
Médico
M 1918/RR

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 - CBOA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() PREVIDENCIADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

17/3/20

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

0408020601
T922
W499

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E CARRETERAS	
NOME		JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES			
DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF		1148763993 SSP MA			
CPF		627.942.803-68		DATA NASCIMENTO	
				26/07/1979	
FILIAÇÃO		NEURIVAN LOPES GUIMARAES LUIZA FEITOSA GUIMARAES			
PERMISSÃO		ACC		CAT. HAB.	
				AB	
Nº REGISTRO		VALIDADE		Nº HABILITAÇÃO	
03412152366		28/05/2023		11/10/2004	
OBSERVAÇÕES					
					
ASSINATURA DO PORTADOR					
LOCAL		DATA DE EMISSÃO			
BOA VISTA, RR		29/05/2018			
		ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES		69180083613	
		DIRETOR PRESIDENTE		RR209677511	
ASSINATURA DO EMISSOR					
RORAIMA					

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1650874125

PROIBIDO PLASTIFICAR

1650874125

DE ACORDO COM AS NORMAS DO DETRAN/RR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RR

NOME
MARCELINO CUSTODIO MACIEL JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
4345029 SSP RR

CPF
033.248.172-77

DATA NASCIMENTO
26/10/2000

PLAÇÃO
MARCELINO CUSTODIO
MACIEL
MARIA DA CONCEICAO
ARAUJO DA SILVA

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC
ACC

CAT. HAB.
AB

NP REGISTRO
07410362361

VALIDADE
27/01/2021

1ª HABILITAÇÃO
28/01/2020

VALE EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1924524288

PROIBIDO PLASTIFICAR
1924524288

OBSERVAÇÕES
ZAR

ASSINATURA DO DETENTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
29/01/2020

ROD. DOMES BRASIL
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

74914690410
RR210360062

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

DETRAN-RR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN-RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013774700680

01 00429778112
2018

MARIA DA CONCEIÇÃO ARAUJO DA SILVA

383.379.242-EEB
PLACA DETRAN-RR
NOME PLACA
00429778112

PAS/MOTOCICLETA/NAI AP 12
COMBUSTÍVEL
ALCO/6450L

HONDA/CG 150 FAN EST
ANO/14
2011
2012

2070149CE7
DATA COPIA
PARTICU
COR PREDOMINANTE
PRETA

1. COTA ÚNICA
2. **PRAGO*
3. **PRAGO*

PREMIO TARIFARIO (R\$)
R\$107,15
DATA DE PAGAMENTO
31/08/2018

SEM RESERVA
M4Z DCID
Diretor Presidente Interino
DETTRAN-RR

BOR VISTA-RR
DATA
09/01/2019

RR Nº 013774700680
BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

01 383.379.242-EEB
EXERCÍCIO
2018
09/01/2019

00429778112
HONDA/CG 150 FAN EST

ANO/FAB
2011
9C2KCL670CRA31676

PREMIO TARIFARIO

R\$81,29
R\$9,05
CUSTO DO BILHETE (R\$)
R\$0,75
CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$90,53
TOTAL A SER PAGADO (R\$)
R\$185,53

COTA ÚNICA
PAGAMENTO
R\$185,53

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES, SEMPRE EM PRESENCIA DO CONDUTOR COM CARGA ALPESSE, TRANSPORTADORES OU VÍTIMO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES, SEMPRE EM PRESENCIA DO CONDUTOR COM CARGA ALPESSE, TRANSPORTADORES OU VÍTIMO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES, SEMPRE EM PRESENCIA DO CONDUTOR COM CARGA ALPESSE, TRANSPORTADORES OU VÍTIMO - SEGURO DPVAT

013774700680
536086568

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200233310 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELINO CUSTODIO MACIEL **Data do acidente:** 01/06/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.
JUNIOR

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 RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO 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 INTENSO DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 3

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: MARCELINO CUSTÓDIO MACIEL JUNIOR
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: MILITAR RG: 434502-9 SSP/RR
CPF: 033.248.172-77 ENDEREÇO: RUA SEBASTIÃO ARI PAIVA Nº 892
BAIRRO: SILVIO FEITE CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA
CEP: 69.314-358

VÍTIMA: MARCELINO CUSTÓDIO MACIEL JUNIOR
CPF: 033.248.172-77 DATA DO ACIDENTE: 01-06-2019
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: JOSÉ SANTANA FEITORA GUIMARÃES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTÔNOMO
Nº DO RG: 114.946.399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº CPF: 627.942.903-68
ENDEREÇO: RUA GILDEPO 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, 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 24 de Junho de 2019.

Marcelino Custódio Maciel Junior
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182555/20

Vítima: MARCELINO CUSTODIO MACIEL JUNIOR

CPF: 033.248.172-77

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 01/06/2019

Titular do CPF: MARCELINO CUSTODIO
MACIEL JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

MARCELINO CUSTODIO MACIEL JUNIOR : 033.248.172-77

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