
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

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



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: 706.427.552-05
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: KANTANACINIMADAESR12@GMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 195199161-3685

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 (se 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)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000387/2020

DADOS DO REGISTRO

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 03/01/2020 16:50

Local do Fato

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

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: YUSELI MAILIN MENA ROMERO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Venezuelana

Profissão: Do Lar

Idade: 25 anos

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 706.427.552-05

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA CARACARAI
Bairro: SÃO VICENTE

Nº: s/n

Nome Civil: ELIAS PEREIRA DA SILVA JUNIOR (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Idade: 34 anos

Estado Civil: Solteiro(a)

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

Idade:

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Policial Militar

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 informações nesta dp para providências.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000387/2020

ASSINATURAS

Delourdes Camilo Dos Reis

Agente de Polícia
Matrícula 042000468

Responsável pelo Atendimento

Marcio Barnabe da Silva

(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
DATA. 05.02.2020
ASSINATURA
Jefferson Inácio Araújo
Matrícula 042000468

Vtr 001	SUCp 1° BPM	Data 03/01/2020	S/Setor LESTE	H/Transm 16h50min	H/Ini 16h50min	CH/H 17h00min	H/Fir 18h13min
Cód. Oc. 1001/1003		Cód. Prov. 13023/13999		Cód. Ser. Prest. XXXXXXXXXXXXXXXX		Km/Ini 13810	Km/Fir 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:

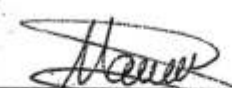
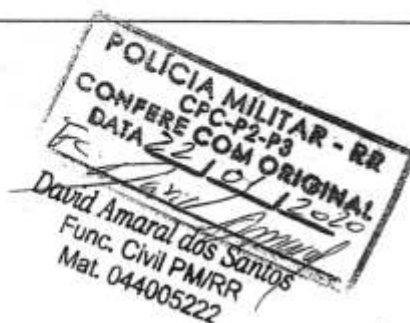
ASSINATURA Blondes CARGO apc LOCAL 2º DP

Senhor (a) Delegado (a) do 2º DP.

HISTORICO

INFORMO QUE FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA UMA OCORRENCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO NO ENDREÇO SUPRACITADO, QUE NO LOCAL JÁ HAVIA UMA VIATURA DO SAMU NA PESSOA TEC. DE ENFERMAGEM 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 FREAR, INFORMO QUE A CONDUTORA ITEM 01 DESLOCOU COM O SAMU PARA O PSE E A MOTO FOI DEIXADA NA RESPONSABILIDADE DE UM CONHECIDO DE NOME CLOVIS PEREIRA DE CNH 03112057329, QUE ANBOS OS VEICULOS FORAM LIBERADOS NO LOCAL. SENDO ASSIM DEIXO ESSAS INFORMACOES NESTA DP PARA PROVIDENCIAS.

ERA O QUE TINHA A RELATAR.


MARCIO BARNABÉ DA SILVA40690-2
CADASTRO3º SGT PM
Posto/Graduação1ºBPM-CPC
SUOp

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 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: 706.427.552-05
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: KANTANACINIMADRESR12@GMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 195199161-3685

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 (se 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)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: YUSELI MAILIN MENA ROMERO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000071611-4

Nr. da Autenticação E187953AE43510D1



RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ezequiel, 691 - Centro - Boa Vista - PE
CNPJ: 02.341.447/0001-44 Ins. Estadual: 24.032.073-3
Núcleo Fiscal: Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Programa Especial de Impostos autorizado pela SEFAZ, 36€/13

Para contato com
a Central de Energia
informe este número

Nº da Nota Fiscal 5289585

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE 1º de 2012
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCAH*

SEU código

0082357-0

CONTA MES

MAIO/2020

VENCIMENTO

11/06/2020

VALOR A PAGAR

351

TOTAL A PAGAR (R\$)

128,09

JESUS ANTONIO FERNANDEZ MUNOZ
R. ARAUJO FILHO 237 3 - CENTRO
CEP: 69.301-090 - BOA VISTA

CPF: 00070465853269

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual:	19731
Anterior:	19386
Dias de consumo:	29
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo medido:	351
Consumo Faturado:	351

DATAS DA LEITURA

Atual:	27/05/2020
Anterior:	28/04/2020
Próxima leitura:	26/06/2020
Emissão:	26/05/2020
Apresentação:	27/05/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo:	1.4.1.2
Classe/Subclasse:	FESID.BX.FENEA
Ligação:	BIF
Número Medidor:	16TDB04532
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	COMVENC

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO

30 A R\$ 0,000000 =
70 A R\$ 0,000000 =

0,00
0,00



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

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

Nº DA NOTA FISCAL 5405120 FCAM*

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 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 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	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/IOTECWEB/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 JOSÉ SANTANA FEITOSA GUIMARÃES 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>SANTANA.GUIMARAESRR@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>(95) 98105-9707</u>		
			Telefone celular (DDD)	<u>95/99169-3685</u>		

BOA VISTA, 24 de JUNHO de 2020
Local e Data


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)
Mãe ANA YACELI ROMERO
Endereço RUA - AJURICABA - 179 - CENTRO - BOA VISTA - RR
FÉLIX MENA SANTO
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 omoplomão

SADI - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Repi para 15 dias
Dor forte no local

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 apresentada neste Hospital

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revolução
☒ Transferência para: 07/02/2020
☐ 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 Yvoni Romero

11 - TELEFONE DE CONTATO

059991554753

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua 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 dos ossos 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

Hilsons + Evane Lima + Rodriguez

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 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

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/10/20

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

Cópia é para o registro do Conselho

0408080407
5525
V299



Vitor Hugo de
Rorero

Data: 03/01/20

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

QUIRURGO:

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 do local

(5) Redução da fratura + fixação com placa externa
de alúmina e o auxílio do torniquete

(6) Sutura de pele

(7) Curativos

(8) RPT

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia/Traumatologia
CRM-RS 1636
RQE: 810

HOSPITAL GERAL DO BRASIL
Av. Brig. Eduardo Gomes, 371
Novo Planalto Tel (03) 2121-0620

05- FFV 7070

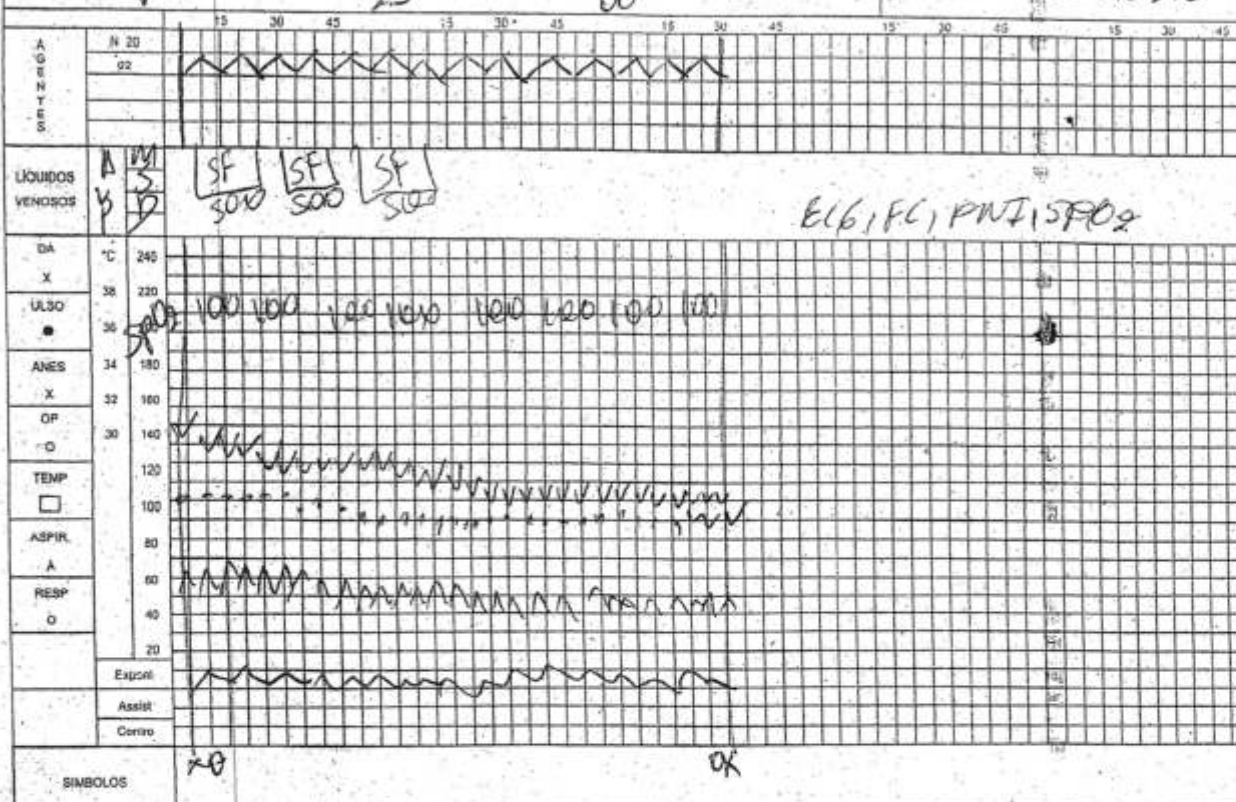
Certifico que a presente
cópia é fiel reprodução gráfica
que foi arquivado neste Hospital.

YUSELI ANSELIN MFWIA ROMERO

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

N^o

03.01.2020



AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A		BLOQUEIO DO PLEXO
B	ROPIVACAÍNA 0.57- 120mg/100ml	ORA BILIA ESTERILIZADA VIA SUPRA CLAVICULAR
D		GUARDADO POR 156
E		
F		
G		
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringea
NDCC		Naso / Orotracheal - Cego
SANQUE		Bal - Tamp - Celibre do Tubo
		Sob Mascar
	SFA 0.1% 1000um	Difusão Técnica
		NÃO
		TEMPO DE ANESTESIA
TOTAL	1000um	

ANOTAÇÕES

*CHECK LIST AP. DNESTESIA
+ MONITORIZACAO
L02 SOB CATETER NADAC 24/MM
2- CONTINUA ROMA 1g EV

OPERAÇÃO REDUÇÃO + FIXAÇÃO DE FRATURA EXPOSTA

Ladung - Espalmo - Escopo Sore
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Anemia
Bridi Tequilanilla - Choque

ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO
DR. MICHEL		DR. PABLO RZ

PERDA SANGUÍNEA

Computer

MR EVANSON R1

Michel M. Moura
Médico Anestesiologista
CRM - RR 1108

Dados dos materiais/Serviço

MÉDICO CIRURGIÃO

Empresa ()

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

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

9 VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

° 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 22:20	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		00:50	

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

TIPO DE ANESTESIA:	B.P.B. + petição	CIRCULANTE	Fátima Almeida
		TEMPO DE DURAÇÃO:	

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:	

MATERIALS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Solange	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	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: 3511334400
FIXADOR PARA ANTEBRACO E PUNHO
Rui: 3406
Registro ANVISA: 10223710862

Date: 03/01/2016

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

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				<i>Nutrientes</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SND
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>06</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>06-14-22</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>06</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>06</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>06-14-22</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>06-14-22</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				<i>06-14-22</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>06-14-22</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>06-14-22</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>06-14-22</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>06-14-22</i>
15					<i>06-14-22</i>
16					<i>06-14-22</i>
17					<i>06-14-22</i>
18					<i>06-14-22</i>
19					<i>06-14-22</i>
20					<i>06-14-22</i>
21					<i>06-14-22</i>

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 Mota

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

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Obs: Paciente admitido na sala 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 DE 12/12H					06
4	TILATIL 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	FR			
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 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 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

23/01/2020

65.5 %

YUSELI MALIN M ROMERO
HOSPITAL CORONEL MOTA

Ciudad de



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.: 5500677 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 Mana 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

Assinatura Assinatura Assinatura
Assinatura Assinatura Assinatura
Assinatura Assinatura Assinatura
Assinatura Assinatura Assinatura

Assinatura

Hora: 12:40

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/ OSO, Nadura 10cm	
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº Agulha 10x12	
11	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Equipamento Ps	
11	SERINGA 20ML		1	FITA CARDÍACA Cateter 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		
		Brite	SUB- TOTAL		
		gabriel	TAXA DE SALA		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		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 40X12	
11	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM 8cm x 8cm	
11	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA Cateter de 02	
1	filas 18		1	OUTROS: Eletrodo	
1º 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		
		Briza	SUB- TOTAL		
		gabriel	TAXA DE SALA		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

Yuseli 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
($\text{SpO}_2 + \text{FC} + \text{ECG} + \text{PMV}$)
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**
NCCD
SANGUE
50,9% 1000 ml

Canula - Naso / Oro Faríngea
Naso / Orofaríngeal - Cego
Sol / Temp - Calor do Tubo
Solu Mucosa
Diluição Técnica

TEMPO DE ANESTESIA

TOTAL

OPERAÇÃO
Tratamento cirúrgico de seqüela de fratura
de pulso ⑥

Lesão - Equino - Excesso fluxo
Debilidade Respiratória - Hiperóxia
"Bubbling" - Vómito

Hemorragia - Arteria
Bord. Tiquetado - Choque

ANESTESIA
Dr. Adonias I. Presidente

CÓDIGO
Audiência

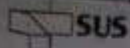
CITURÃO
Dr. Carlos Henrique

PERDA SANGÜÍNEA
Dr. Marcelo

[Handwritten signature]

- 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 PRECATUÁRIO

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

95991557753

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 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES						
		DOC. IDENTIDADE / CNH EMISSOR:UF 1348763993 SSP MA				
		CPF 627.942.803-68	DATA NASCIMENTO 26/07/1979			
		FILIAÇÃO: NEURIVAN LOPES GUIMARAES LUISA FEITOSA GUIMARAES				
PERMISSÃO		ACC	CAT. HABILITAÇÃO			
03412152366		28/05/2023	11/10/2004			
OBSERVAÇÕES						
						
ASSINATURA DO PORTADOR						
LOCAL BOA VISTA, RR		DATA DE EMISSÃO 29/05/2018				
		ANTONIO FRANCISCO BERRERA MARCOS DIRETOR PRESIDENTE DETRAN-RR		69180083613 RR209677511		
ASSINATURA DO EMISSOR						
RORAIMA						

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1650874125

PROIBIDO PLASTIFICAR 1650874125

DE ACORDO COM AS ANTAES DO MINISTÉRIO DAS CIDADES DO BRASIL

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS** documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

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.

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.

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.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 34 PÁGINAS NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PT/PASEP

133.02103.01-7

NÚMERO

0419370

SÉRIE

A01

RR

Yuseli Mena

ASSINATURA DO TITULAR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - ESTRANGEIRO

ESTRANGEIRO

YUSELI MAILIN MENA ROMERO

FILIAÇÃO: ANA YACELI ROMERO
FELIX MENA ROMERO
NASCIMENTO: 19/11/1984
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NACIONALIDADE: VENEZUELA
DOCUMENTO: PROTOCOLO DE 08/06/2017
RNE: 04035545
MODALIDADE: ACORDO BRASIL VENEZUELA
CPF: 706.427.502-05
VALIDADE: 25/10/2018
LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - BOA VISTA
DATA DE EMISSÃO: 21/02/2018

Yuseli Mena

ASSINATURA DO TITULAR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

LEGENDA

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

CNPJ 09.248.508/0001-04

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

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

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

OUTORGADA:

NOME: JOSE SANTANA FEITOSA CERVIMARQUES
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: 627.942.903-68
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 2020



Yusli 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

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