

**Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima**

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

**Operação realizada com sucesso. Protocolo:**  
**2956135820210119174353**

**Processo 0831852-65.2020.8.23.0010** ☆ - **(36 dia(s) em tramitação)**

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 4847 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais    Informações Adicionais    Partes    Movimentações    Apensamentos (0)    Vínculos (0)

**Realces**

**Realçar Movimentos de:**  Magistrado     Servidor     Advogado     Membro MP     Defensor     Procurador     Outros     Audiência

**Ocultar Movimentos:**  Inválidos     Sem Arquivo     Hab. Provisória

**Filtros**

**Movimentado Por:**  Advogado     Advogado NPJ     Entidades Remessa     Magistrado     Procurador     Servidor

**Sequencial(Intervalo):**  ao  **Data do Movimento(Período):**  à

**Descrição:**

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

500 por pág. ▾

1

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



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo: 08318526520208230010**

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **YUSELI MAILIN MENA ROMERO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **03/01/2021**, restando permanentemente inválida.

Cumprido esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

## PRELIMINARMENTE

### DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

### DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

## DO MÉRITO

### DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

---

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

<sup>3</sup>“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

## **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

*“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”*

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

## **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **03/01/2021**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

<sup>4</sup>RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

---

DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<sup>5</sup>Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

<sup>6</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>7</sup>

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

### DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

### CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

---

<sup>7</sup> art.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 11 de janeiro de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**

## QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma seqüela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

**Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.**



### TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **YUSELI MAILIN MENA ROMERO**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08318526520208230010.

Rio de Janeiro, 11 de janeiro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

---

**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](http://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 MAIIM 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 MAIIM MENA ROMERO 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: KANTANAC@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)  Itau (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 0653 CONTA: 71.611 4 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 INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

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

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

x Yuseli Mena  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 CARACARAÍ  
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:

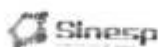
Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Policial Militar

Nome da Mãe: Pj

Endereço

Município: Boa Vista - RR







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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000387/2020

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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

Nome Envolvido	Envolvimentos
Elias Pereira da Silva Junior	Proprietário

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

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. XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Km/Ini. 13810	Km/Fin 13819			

**LOCAL DE OCORRÊNCIA**

RUA PROFESSOR CLOVIS SOUZA/RUA CRUZEIRO  
 AV/RUA DO SUL      Bairro: CINTURAO VERDE      Refe.: CRUZAMENTO

**PESSOAS RELACIONADAS**

<b>1 ENVOLVIDO</b>	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			
<b>2 ENVOLVIDO</b>	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 2° DP

Senhor (a) Delegado (a) do 2° DP.

**HISTORICO**

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

ERA O QUE TINHA A RELATAR.

Marcio Barnabe da Silva  
 MARCIO BARNABÉ DA SILVA

40690-2  
 CADASTRO

3º SGT PM  
 Posto/Graduação

1ºBPM-CPC  
 SUOP

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 706.427.552-05 4 - Nome completo da vítima: YUSELI MAIIM 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 MAIIM MENA ROMERO 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: KANTANAC@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)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 0653 CONTA: 71.611 4 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 INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

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

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

x Yuseli Mena  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





RORAIMA ENERGIA S.A.

R. Caspão Ezequiel, 591 - Centro - Boa Vista - RR  
CEP: 02.341-470/0001-48 Insr. Estadual: 24.002.073-3  
Núcleo Fiscal: Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Programa Especial de Impostos Autorizado pelo Ato 386/13

Para contato com a Central de Energia, informe este número



Nº da conta fiscal: 5289585

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE vigência pela Lei nº 10.433 de 26 de abril de 2002. FICAM\*

SEU código  
0082357-0

CONTA MES	VIGENCIA	VALOR UNIDADE	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2020	11/06/2020	351	128,09

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

CPF : 00070465853269

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	19731	Atual:	27/05/2020	Grupo/Subgrupo:	1.4.1.2
Anterior:	19386	Anterior:	28/04/2020	Classe/Subclasse:	RESID. Bx. RENDA
Dias de consumo:	29	Próxima leitura:	26/06/2020	Ligação:	BIF
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	26/05/2020	Número Medidor:	16TDB04532
Consumo medido:	351	Apresentação:	27/05/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	351			Modalidade:	COMENC

DESCRICOÃO DA CONTA		CONSUMO
30 A R\$	0,000000 =	0,00
70 A R\$	0,000000 =	0,00





Para contato com a Roraima Energia, informe este número

0032588-0

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Eur Barceiz, 671 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.907.022-3

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  
fui 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

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

CPF: 00087608650249

DATAS DA LEITURA

Atual:	18/06/2020	Anterior:	19/05/2020	Próxima leitura:	21/07/2020
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020	Dias de consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	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 CÔMUTA

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	1	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/lotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ SANTANA FEITOSA GIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803, 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário YUSELI MAILIN MENA ROMERO inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.427.552/05, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima YUSELI MAILIN MENA ROMERO inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.427.552/05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	<u>RUA GIDEÃO</u>	Número	<u>312</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>NOVA CANAÃ</u>	Cidade	<u>BOA VISTA</u>	Estado	<u>RR</u>
Email	<u>SANTANAGIMARAESRR@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
			<u>(95) 98105-9707</u>	<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: VENEZUELA Data Emissão: 10/10/2017 Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(RAÇA/COR: Naturalidade: VENEZUELA  
 Mãe: ANA YACELI ROMERO Pai: FÉLIX MENA SANTO Contato: (95) 99155-4753  
 Endereço: RUA - AJURICABA - 179 - CENTRO - BOA VISTA - RR Ocupação:

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

Anamnese de Enfermagem

GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: 17:51h)

Lesão no moto vs carro.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

fratura da omoplomão

SADI - Exames Complementares

RAIO X  ECG  SANGUE  URINA  OUTROS

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Dipiridona 750mg		17/05/20
Dalotifene 100mg		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, 5/N  
Novo Pílar Tel (95) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO  
05-FEV-2020  
Certificado e Doula que a presente cópia é fiel reprodução Original e foi apresentado neste Hospital

Conduta

Alta por Decisão Médica  
 Alta a Pedido  
 Alta a Revelar  
 Transferência para: ortopedi

Ambulatório  
 Observação (Até 24h)  
 Internação

Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Giorgio Henrique Médico CRM 1803

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



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: Yuschi Martin Mena Romero 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 177504  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 898005835601013 8 - DATA DE NASCIMENTO: 19/11/94 9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]  
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Maria Yanni Romão 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 0159911554753  
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): R. Juvencina 179 Centro 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 15 - UF: RJ 16 - CEP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Bv. 14 - COD. 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: Histórias + Exame físico + Radiografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura exposta de rádio distal (E)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento cirúrgico fratura exposta rádio distal (E) 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
26 - CLÍNICA: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Kraiat 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 03/10/20

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: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 41 - CBOR: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 44 - COD. ORGÃO EMISSOR: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0408080407  
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 9/11/20 48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 9/11/20 48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

05 FEV 2020  
HOSPITAL FEDERAL DE REFORMAÇÃO  
AV. Brig. Eduardo Guinle, 500  
NOVO HAMBURGO - RS, 91227-900  
AUTENTICAÇÃO  
Cópia e Carimbo  
que for apresentado a este Hospital

PROFISSIONAL DO REGISTRO DO CONSELHO  
PROFISSIONAL DO REGISTRO DO CONSELHO  
PROFISSIONAL DO REGISTRO DO CONSELHO





Vitor Paracat  
Romeiro

Data: 03/01/20 O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta de rádio distal (E)  
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Tratamento cirúrgico fratura exposta rádio distal (E)  
TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirurgia  
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:   
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

QUIRURGIÃO: Dr Paracat 1º AUXILIAR: Dr Pablo R3  
2º AUXILIAR: Dr Osoricho R2 INSTRUMENTADORA:   
3º AUXILIAR: ANESTESIA:   
ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:   
INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em D-D-H, sob anestesia
- (2) Asepsia e Antiseptia
- (3) Exposição de fragmentos esqueléticos
- (4) Lavagem mecânica ehaiofluxo com 10L low
- (5) Reduções fraturas + fixação com fixação externa de lóbulos com o auxílio de interfractura de imagens
- (6) Sutura de pele
- (7) Curativos
- (8) RPT

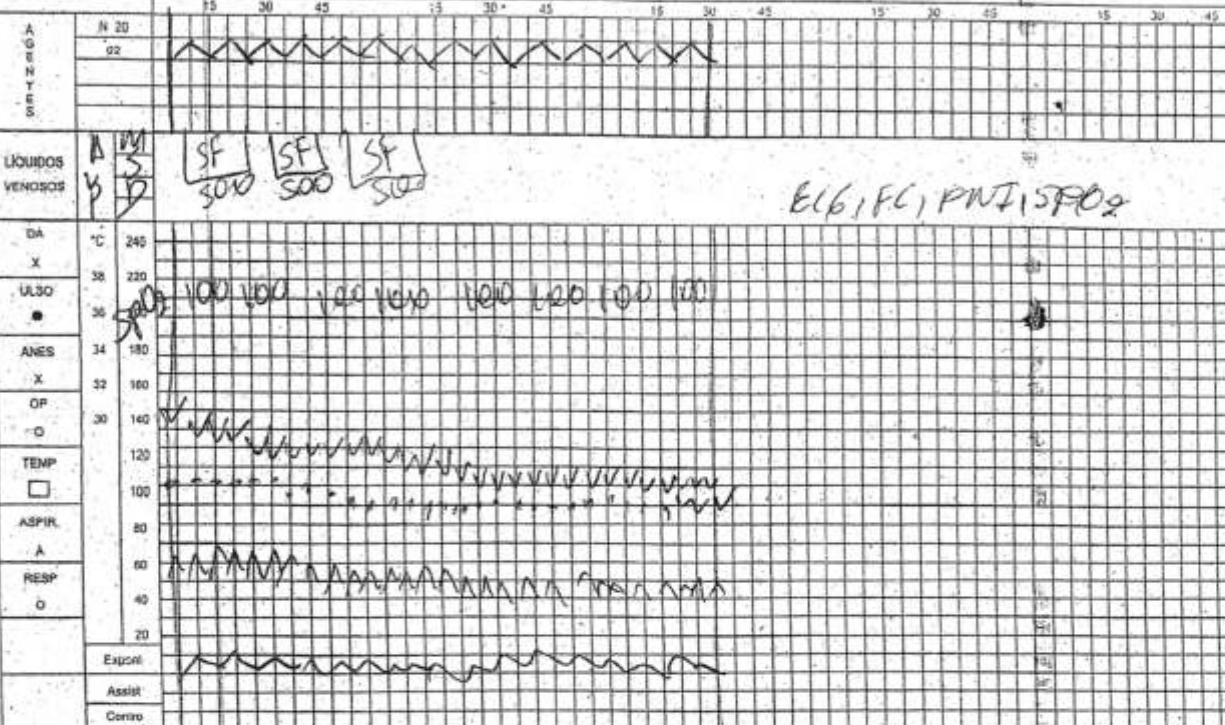
Vitor Paracat Santiago  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM/RP 1638  
RQE: 810

HOSPITAL GENERAL DR. HIRAJIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, 57N  
Novo Planalto Tel (93) 2121-0620  
05- FFV 7076  
Certifico que este documento é uma cópia fiel da reprodução original que foi arquivado neste Hospital.



YUSELI MARLIN MEENA ROMERO

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO	Nº
27 23 00	03.01.2020



SÍMBOLOS	NO	OK
----------	----	----

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A		BLOQUEIO DO BULHO	*CHECK LIST AP. ANESTESIA + MONITORIZADOS L <sub>2</sub> SOB CATETER NDAE 24/1MM 2 - CATETER ROMA 19 EU
B	ROPIVAUSTINA 0.57	BRANQUIL ESTERILIZADO	
C	200mg / 10ml	VIA SUPRA CLAVICULAR	
D		GUIADO POR USG	
E			
F			
G			
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	
NDCO		Naso / Orotraqueal - Cego	
SANGUE		Bal - Tamanho - Calibre do Tubo	
SFE 1.1	1000ml	Sub Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	1000ml	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	REDUÇÃO + FIXAÇÃO DE FRATURA EXPOSTA		Latapio - Espirito - Excesso Soro Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito
			Hemorragia - Anemia Batei Taquicardia - Choque
ANESTESIA	COOIRO	CIRURGIÃO	PERDA SANGUINEA
DR. MICHEL		DR. PABLO RB	COMPATIVEL

DR. EMERSON R1  
 Michel M. Moura  
 Médico Anestesiologista  
 CRM - RR 1108







FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

25 anos

NOME DO PACIENTE <i>Yuseli mailim nera Rumora</i>	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>03 10/120</i>
--	--------------	------------------	--------------------------

CIRURGIA		
Tratamento Cirurgico de fratura da costela e + fixação externa		TEMPO DE DURAÇÃO
INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
<i>22:20</i>	<i>00:50</i>	

EQUIPE MÉDICA	
CIRURGIÃO <i>Dr. Pablo</i>	ANESTESISTA: <i>Dr. Michel</i>
1º AUXILIAR <i>Dr. Odierth</i>	RES. ANESTESIA:
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
	CIRCULANTE <i>Fábia, Andréia</i>
TIPO DE ANESTESIA: <i>B.P.B. + petição</i>	TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<i>4</i>	PCTS-COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<i>1</i>	FRASCOS- SORO-FISIOLÓGICO <i>500ml</i>	
<i>1</i>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<i>1</i>	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 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
<i>1</i>	<i>Oratec</i>			OUTROS:	
				<i>cateter de O2</i>	
				<i>e intradna</i>	

MATERIAIS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Solange</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	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: 351133000  
FIXADOR PARA ANTEBRACO E PUNHO  
Ref. 3406 Lote: 19021139  
Registro ANVISA: 1022371082



SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRI, CENTRO CIRÚRGICO/SRP,

Nome: Jureli Aulin Neiva Fovero

Data de Nasc: 19/11/1994 Idade: 25a Setor/leito: 355A2

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

1. Informações: Jejum ( ) Sim ( ) Não, Proteze ( ) Sim ( ) Não, Exames ( ) Sim ( ) Não, Reserva UTI ( ) Sim ( ) Não, Lateralidade ( ) Sim ( ) Não, PNF ( ) Sim ( ) Não, Alergia ( ) Sim ( ) Não

2. Chegou ao Centro Cirúrgico: ( ) Deambulando, ( ) Consciente, ( ) Com Suporte de O2, ( ) TOT, ( ) Agitado

3. Sinais Vitais: T: 36.5 °C, R: 18 rpm, PA: 120/80 bpm, SAT: 98 %

4. Anotações (Admissão do Paciente): Admiso

5. Sinais Vitais: Saida da SO: T: 36.5 °C, R: 18 rpm, PA: 120/80 bpm, SAT: 98 %

INTRA-OPERATÓRIO

Table with columns: Entrada na Sala, Início da Anestesia, Início da Cirurgia, Término da Cirurgia, Término da Anestesia

Entrada na Sala: 22:30, Início da Anestesia: 22:40, Início da Cirurgia: 22:40, Término da Cirurgia: 00:50, Término da Anestesia: —

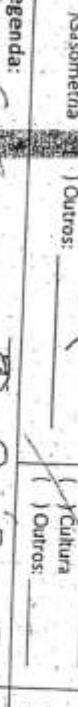
Cirurgia Realizada: Proctoplastia de protrusão de próstata

Antibiótico: BPB, Nome: Clotrimazol, Dose: 1g, Hora: 22h

Hemoderivados: donal, Nome: Clotrimazol, Dose: 1g, Hora: 22h

Plaquetas: —, Nome: Clotrimazol, Dose: 1g, Hora: 22h

Legenda: 1. Eletrodos, 2. Oximetria, 3. Manguito PC, 4. Placa de bisturi, 5. Incisão, 6. Cateter O2, 7. Venoclise, 8. Dreno, 9. SNG/SNE, 10. Garrote, 11. TOT, 12. SVD, 13. Outros:



Exames na SO: ( ) Ht ( ) Hb ( ) Casometria, Hemograma: ARRX, Anátomo Patológico: —

1. Sonda, 2. Curativo, 3. Dreno, 4. Acesso venoso, 5. Outros:



Observações: 01: 30 h, 2 h

BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/POS OPERATÓRIO)

Table with columns: Hora, Medicação, CH, Volume, Dreno/Qual, Hora, SVD/Aspecto, Dreno/Qual, Outros

Entrada: —, Saida: —

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim ( ) Não

Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim ( ) Não

SRPA

Sinais Vitais: FC: 110, PA: 120/80, SpO2: 99, Aldre: —, Di: —

FC: 99, PA: 80 bpm

Destino: ASRPA

UTI ( ) outros: —

UTI ( ) outros: —

UTI ( ) outros: —

UTI ( ) outros: —

UTI ( ) outros: —

UTI ( ) outros: —

UTI ( ) outros: —

UTI ( ) outros: —

UTI ( ) outros: —

UTI ( ) outros: —

UTI ( ) outros: —

Data: 03/01/2024

FC: 99, PA: 80 bpm

FC: 99, PA: 80 bpm

FC: 99, PA: 80 bpm

FC: 99, PA: 80 bpm

FC: 99, PA: 80 bpm

FC: 99, PA: 80 bpm

FC: 99, PA: 80 bpm

FC: 99, PA: 80 bpm

FC: 99, PA: 80 bpm

FC: 99, PA: 80 bpm

FC: 99, PA: 80 bpm

FC: 99, PA: 80 bpm

FC: 99, PA: 80 bpm

FC: 99, PA: 80 bpm

FC: 99, PA: 80 bpm

FC: 99, PA: 80 bpm

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente): Admiso no QA, paciente acordado, sem queixa de dor, curativo estéril, dreno em funcionamento, SVD em funcionamento, paciente em repouso, vitalidade satisfatória, sem alterações, paciente em repouso e sem queixas.

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>Yuzeli Mayra Menz Nunes</i>						
AGNOSTIC <i>fratura exposta de tibia distal (E)</i>						
ALERGIAS						
IDADE	<i>254</i>	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
ITEM	PRESCRIÇÃO				DATA	<i>atualizo</i>
1	DIETA ORAL LIVRE					HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					SND
3	SF 0,9% 500ML EV S/N					<i>manter</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H					SND
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA					<i>18 (24) - 06-12</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>SND</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h					
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					<i>06-14-27</i>
10	CLINDAMICINA 300MG EV 6/6H					
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H					<i>04-10-16-22</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					<i>06-18</i>
13	SSV + CCGG 6/6 H					<i>SND</i>
14	CURATIVO DIÁRIO					<i>rotine</i>
15						<i>rotine</i>
16						
17						
18						
19						
20						
21						

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

*Odiraci Drexim*  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
18/06/2012

**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:

*João Manoel*

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

MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Obs: Paciente admitido em sala de emergência e fratura de tibia exposta - Franciele *Franciele* Enfermeira  
COREN/RR - 353.432



402-1

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

GOVERNO DE RORAIMA  
 Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DIH: 03/01/2020 DN: \_\_\_\_\_

PACIENTE: YUSELI MAILIN MENA ROMERO

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO PUNHO ESQUERDO

ALERGIAS: \_\_\_\_\_ HAS \_\_\_\_\_ DM2 \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ LEITO: 402-1 DATA: 05/01/2020

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	S no
3	<del>CLINDAMICINA 300MG</del>	<del>04 06</del>
4	PARALITIL 20MG EV DE 12/12H	18 06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H	12 18 24 06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
8	TRAMAL 100MG + 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	S no
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: 08:00: 10 UI, 20:00: 10UI, 01-350: 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**

	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Pedro Di Giovanni  
 CRM 1615  
 Coordenador NIP

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

DATA: 05/01/20  
PACIENTE: Yureli Malina Peres Pereira DN: 1-1  
DIAGNÓSTICOS: Fx exp pinto

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 + analg

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:  
Aguardando exame

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

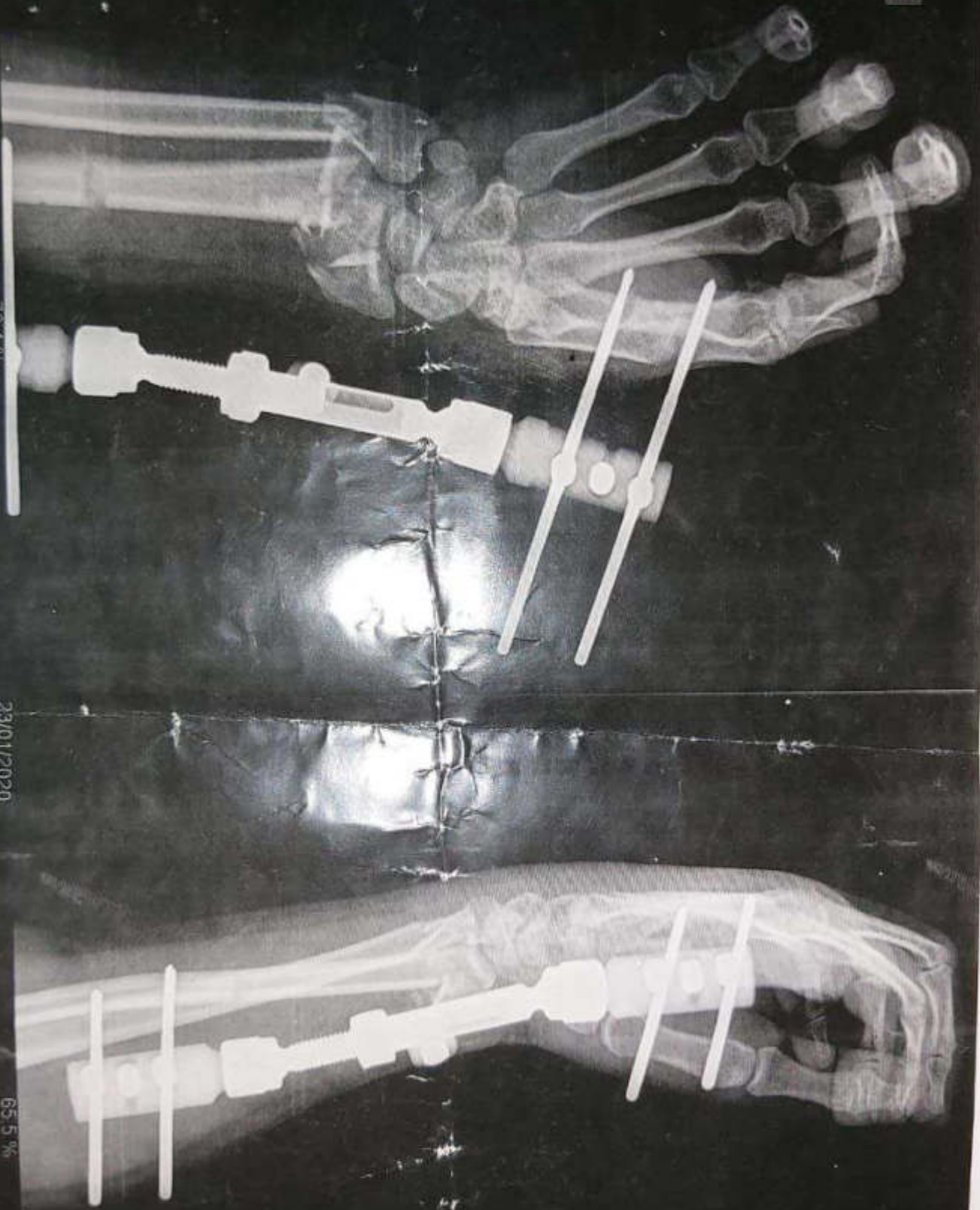
73.5 %

YUSELI MALIN ROMERO  
HOSPITAL CORONEL MOTA

3771

Ana Quezta

E



23/01/2020

YUSELI MAILIN M ROMERO  
HOSPITAL CORONEL MOTA

76.4 %

755

23/01/2020

Cioudoaldo

65.5 %





YUSELI MAILIN MENA ROMERO

ID: 099



Nr: 099

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA/BLOCO DE INTERNAÇÃO

LEITO: 604-5

NOME: YUSSELI MAILIN MERRA ROMENO.

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  
Convênio. PARTICULAR  
Médico.... PARTICULAR  
Data..... 22/02/2020

Idade 25A 3M 3 Pedido: 040000136   
CPF do paciente: 706.427.552-05

### Glicose

Data de Coleta..... 22/02/2020 09:56  
Material biológico: Plasma Fluoretado  
Método: Enzimático / automatizado

Resultado	valor de referencia
117,0 mg/dL	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  
Metodo: Enzimatico/automatizado

Resultado	valor de referencia
0,6 mg/dL	0,40 a 1,30 mg/dL



I.M. 5800677 Alvará Sanitário N. 1737/2019 Certidão de Regularidade CRF/RR 01/10  
Este exame tem qualidade garantida pelo Programa nacional de Controle de Qualidade - PNCQ

Me. Sebastião Salazar Jansen Filho  
Farmaceutico/Bioquimico  
CRF/RR 304





**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

**ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA**

Nome Uendy Melina Maria Romão  
Responsável Cirurgião Dr. Carlos Covatta

**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, Quali: \_\_\_\_\_

**VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO**

Não  Sim, e equipamento/assistência disponíveis

**RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml**

Não  Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura Jardimar Melo Lima  
Hora: 12:40

**ANTES DA INCISÃO**

Anestésista 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 sangüínea 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, Quali: \_\_\_\_\_  
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 CORRETTAS  Sim  Não  Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTA 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









FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	50.25	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Yuseki Machin Mena Romere	601-05	00177504	12/03/2020	

TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
Tratamento de seqüela de Fratura de Pâncreas (R)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		12:10	13:10	

CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA		
Dr. Carlos Henrique		ANESTESISTA:	Dr. Adonias	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:	R2 Anderson	
Dr. Marcelo		INSTRUMENTADOR		
2º AUXILIAR		CIRCULANTE	Ademilton Távila	

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

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
2	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº		100ml	FIO PROLENE Nº PVP 2 Top. ve	
	DRENO DE PENROSE Nº		200ml	FIO SEDA Nº Mesel 3.0	
	SERINGA 01ML		<input type="checkbox"/>	SURGICEL Agulha de 10x12	
	SERINGA 03ML		<input checked="" type="checkbox"/>	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 Cateter de O2	
1	glicos 18		<input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS: 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 Gabriel	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		±D. 25	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Yuzeli Marilim Mena Romere		601-05	00177504	12/03/2020	
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
Tratamento de seguela de Fratura de Punho (R)			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
			12:14	13:10	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		D1 Adonias	
D. Carlos Henrique		RES. ANESTESIA:		R2 Anderson	
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
D. Marcelo					
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
		Ademilton Távio			
TIPO DE ANESTESIA: B. P. B			TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICOS	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº		100ml	FIO PROLENE Nº PU PZ Topo. ce	
	DRENO DE PENROSE Nº		20ml	FIO SEDA Nº Nexo/204	
	SERINGA 01ML		<input type="checkbox"/>	SURGICEL Agulha 20x12	
	SERINGA 03ML		<input checked="" type="checkbox"/>	GERA-P/ OSSO Nexo 10cm	
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº Agulha 10x12	
11	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Equiromare 15	
11	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA Cateter de 02	
1	placa 18		<input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS: Eletrolito	
<input checked="" type="checkbox"/>	eletrolito				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A) *		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Bete gabue	SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

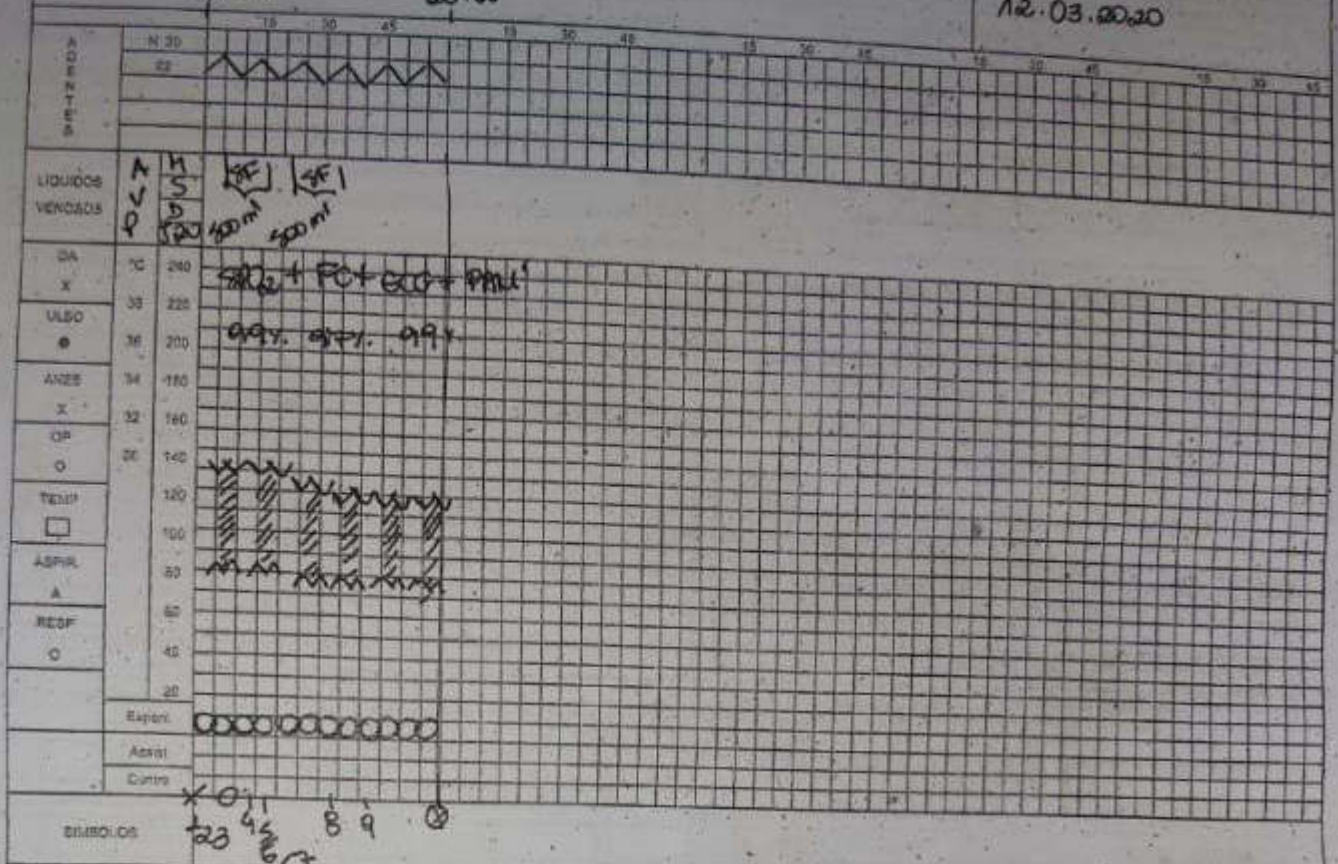


Yuseli Maikon Moreira Romero

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

\* Midazolam 2,5 mg EV  
\* Fentanil 100 mcg EV

Boa Vista - RR  
12.03.2020



AGENTES	DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES
A Lidocaína		Anestesia Venosa +	Check list + monitorização (SPO2 + FC + ECG + PNI) ① bloqueio do plexo braquial com ropivacaína + lidocaína + bloqueio axilar esquiada ② midazolam 7,5 mg EV ③ Fentanil 50 mcg EV ④ Propofol 180mg ⑤ alfacaína 2g EV
B Ropivacaína		Bloqueio de plexo braquial	
C Fentanil 100 mcg		e axilar esquiada	
D Midazolam 10 mg			
E ketamina 25 mg			
F Propofol 180 mg			
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oxi Faringea	} Não
NCCD		Naso / Oxiqual - Oxi	
SANGUE		Sol / Temp - Calibr. do Tubo	
		Eco Múltipla	
		Diferença Técnica	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	

OPERAÇÃO: Tratamento cirúrgico de seqüela de fratura de pulso ⑥

Localiz. - Equipam. - Exatidão fisio. / Hemostasi. - Anest. / Sed. / Tiquicela - Choque

ANESTESIA: Dr. Adonias Presidente (Audiência) / Dr. Carlos Henrique (Dr. Marcelo)

- ⑥ Dexametasona 10 mg @
- ⑦ aloprofeno 100 mg EV
- ⑧ ketamina 25 mg EV
- ⑨ Ropivacaína 2g EV
- ⑩ Encaminhado paciente SAA

Handwritten signature and stamp of the anesthesiologist.



data: 14/03/2020

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BLOCO F

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

177504

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Uma Yaceli Romero

9 - SEXO

Fem. X3

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua - Americaba 179 centro

11 - TELEFONE DE CONTATO

959911554753

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

140010

15 - UF

RR

16 - CEP

69301070

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com trauma pulso  
há ± 3 meses

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trata-se de trauma cirúrgico

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

Exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

severa pulso (e)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteotomia interna pulso esquerdo

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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  
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 - DNEA DA EMPRESA

41 - CBOA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) PRESENTADO

( ) NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

0408020601  
T922  
W499

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

17/3/20

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSEIO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

RR

NOME  
JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES



DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF  
1348763993 SSP MA

CPF 627.942.803-68 DATA NASCIMENTO 26/07/1979

FRACAO  
NEURIVAS LOPES  
GUIMARAES  
LUCIA FEITOSA  
GUIMARAES

PERMISSAO ACC CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO 03412152366 VALIDADE 28/05/2023 1ª HABILITACAO 11/10/2004

OBSERVAÇÕES

*[Signature]*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL BOA VISTA, RR DATA DE EMISSAO 29/05/2018

*[Signature]* ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES  
DIRETOR PRESIDENTE  
DETRAN-RR 69180083613  
RR209677511

ASSINATURA DO EMISOR  
RORAIMA

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1650874125

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1650874125

DE ACORDO COM AS ANEXAS DO REGULAMENTO DO CNH 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

PTSP/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: 18/11/1984  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
NACIONALIDADE: VENEZUELA  
DOCUMENTO: PROTOCOLO DF-08466025765201760 - 27/11/2011 - RNE G41039645 - RR  
RNE: G4039645  
MODALIDADE: ACÓRDIO BRASIL X VENEZUELA  
CPF: 706.427.602-00  
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: \_\_\_\_\_  
MOTIVO: \_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_  
DOCUMENTO: \_\_\_\_\_  
MOTIVO: \_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_  
DOCUMENTO: \_\_\_\_\_  
MOTIVO: \_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_  
DOCUMENTO: \_\_\_\_\_  
MOTIVO: \_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR: \_\_\_\_\_

## LEGENDA

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 014247108804  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01 01084731310 2019

NOME: NELSON RUI BAN OPIA

CPF / CNPJ: 703.968.062-95 PLACA: NAP4984

PLACA ANT / UF: PC6KE15600095205

ESPECIE TIPO: PAS/NOTUNE TA/NAO APLIE COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: YAMAHA/T115 CRYPTON K ANO FAB: 2015 ANO MEC: 2016

CAP / POT / CE: 2P/0114CC/ CATEGORIA: PARTICULAR COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: 1º R\$117.122,99  
2º R\$234.245,98  
3º R\$351.368,97

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): R\$0,32 PRÊMIO TOTAL (R\$): R\$84,58 DATA DE PAGAMENTO: 25/06/2019

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO E PROIB. SAIR ADIÁZ OCIDENTAL.

LOCA: BRASÍLIA  
RESIDENTE: AN-RR  
DATA: 15/01/2020

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRES  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 014247108804 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019  
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
703. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 15/01/2020

VA: 01 703.968.062-95 PLACA: NAP4984

RENAVAM: 01084731310 MARCA / MODELO: YAMAHA/T115 CRYPTON K

ANO FAB: 2015 CHASSI: PC6KE15600095205

PRÊMIO TARIFÁRIO

INS (R\$): R\$36,05 DENATRAM (R\$): R\$4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$): R\$40,06

CUSTO DO BILHETE (R\$): R\$4,15 ICF (R\$): R\$0,32 TOTAL SEGURO SEGUROS (R\$): R\$84,58

PAGAMENTO:  COTA ÚNICA  PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 25/06/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.808/0001-04

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182560/20

**Vítima:** YUSELI MAILIN MENA ROMERO

**CPF:** 706.427.552-05

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

**CPF de:** Próprio

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

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

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

### YUSELI MAILIN MENA ROMERO : 706.427.552-05

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

**A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/06/2020  
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
CPF: 627.942.803-68

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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 03/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

NOME: 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: 08.01.2020  
NATUREZA: ( ) DAMS (X) INVALIDEZ ( ) MORTE

## OUTORGADA:

NOME: ROSÉ SANTANA FEITOSA CAVIMARQUES  
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 BARRIO: 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 transito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA - RR, 05 de FEVEREIRO de 20 20



Yusli Mena

ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

**DANIEL AQUINO**  
Cartório do 2º Ofício  
Av. Anísio Teixeira, 1000 - Boa Vista - Roraima  
Roraima - Brasil  
CNPJ: 17.003.154/0001-50  
Reconheço por VERDADEIRA(s) Firma(s)  
YUSLI MAILIN MENA ROMERO  
Em testemunho de verdade, SOLC  
do que dou fé, Boa Vista-RR, 05 de fevereiro de 2020.  
Consulte o(s) selo(s) abaixo em [cidadan.portalserri.com.br](http://cidadan.portalserri.com.br)  
RECPIR1662961R66XB268ZFENG61  
Embrulhos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 SELC: R\$ 1,29 Total: R\$ 4,50

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182560/20

**Vítima:** YUSELI MAILIN MENA ROMERO

**CPF:** 706.427.552-05

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

**CPF de:** Próprio

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

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

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

### YUSELI MAILIN MENA ROMERO : 706.427.552-05

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/06/2020  
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
CPF: 627.942.803-68

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