

**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:**  
**2969022520210203174922**

**Processo 0832482-24.2020.8.23.0010** - (44 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)
<b>Realces</b>					
<b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b>					
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>					
11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11					
500 por pág.  1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
11	03/02/2021 17:49:22	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>		
		11.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778320JUNTADADEDOCS01.pdf	Público
		11.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778320JUNTADADEDOCSAnexo02.pdf	Público
10	03/02/2021 15:04:15	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (11/01/2021) <b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de MARCELINO CUSTODIO MACIEL JUNIOR) em 21/01/2021 com prazo de 10 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (11/01/2021) e ao evento de expedição seq. 7.	Thiago Amorim Dos Santos <b>Advogado</b>	SISTEMA CNJ	
8	20/01/2021 17:27:56	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b> <b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de MARCELINO CUSTODIO MACIEL JUNIOR com prazo de 10 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (11/01/2021)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>	Jhonatan de Almeida Santil <b>Analista Judiciário</b>	
6	11/01/2021 08:51:55	<b>PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE</b>	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA <b>Magistrado</b>	SISTEMA CNJ	
5	21/12/2020 16:52:39	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ		
4	21/12/2020 16:52:39	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ		
3	21/12/2020 16:52:39	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
2	21/12/2020 16:52:39	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
1	21/12/2020 16:52:38	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Thiago Amorim Dos Santos <b>Advogado</b>		



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo: 08324822420208230010**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARCELINO CUSTODIO MACIEL JUNIOR**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., juntar o processo administrativo aos autos.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 1 de fevereiro de 2021.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/RR 451-A**

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

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

---

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200233310**

**Vítima: MARCELINO CUSTODIO MACIEL JUNIOR**

**Data do Acidente: 01/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES**

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

**Senhor(a), MARCELINO CUSTODIO MACIEL JUNIOR**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200233310**

**Vítima: MARCELINO CUSTODIO MACIEL JUNIOR**

**Data do Acidente: 01/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARCELINO CUSTODIO MACIEL JUNIOR**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

**Recebedor: MARCELINO CUSTODIO MACIEL JUNIOR**

**Valor: R\$ 2.531,25**

**Banco: 104**

**Agência: 000003906**

**Conta: 0000015084-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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:

033.248.172-77

4 - Nome completo da vítima:

MARCELINO CUSTÓDIO maciel Júnior

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

5 - Nome completo:

MARCELINO CUSTÓDIO maciel Júnior

6 - CPF:

033.248.172-77

7 - Profissão:

MILITAR

8 - Endereço:

RUA SEBASTIÃO ARI PAIVA

9 - Número:

892

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SILVIO LIMA

12 - Cidade:

BON VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69344-358

15 - E-mail:

SANTANAGUIMMENE@GMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

9519805-9707

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 15084 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

país/avós vivos?

Não

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

34

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

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

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

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

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

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: ESTRELA DALVA

CEP: 69300-000

Bairro: RAIAR DO SOL

Tipo de local: VIA URBANA

Referência: EM FRENTE CASA LIRA

Complemento: VIA PÚBLICA

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

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

**OBJETOS**

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

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

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

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLICIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

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

MARCELINO CUSTÓDIO MACIEL JUNIOR  
COMUNICANTE

# 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:

033.248.172-77

4 - Nome completo da vítima:

MARCELINO CUSTÓDIO maciel Júnior

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

5 - Nome completo:

MARCELINO CUSTÓDIO maciel Júnior

6 - CPF:

033.248.172-77

7 - Profissão:

MILITAR

8 - Endereço:

RUA SEBASTIÃO ARI PEREIRA

9 - Número:

892

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SILVIO LIMA

12 - Cidade:

BON VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69344-358

15 - E-mail:

SANTANAGUIMMENE@GMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

9519805-9707

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 15084 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

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

34

Impressão  
digital da  
víma ou  
beneficiári  
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: MARCELINO CUSTODIO MACIEL JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000015084-9

---

Nr. da Autenticação 525825A2738B1A4D



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

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

**SEU CÓDIGO**

0040818-2

Nº DA NOTA FISCAL 5341083 FCAM\*  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2020	11/07/2020	313	269,01

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

#### DATAS DA LEITURA

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

#### DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

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

#### DADOS DA LEITURA (kWh)

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

#### DESCRICAĀO DA CONTA

CONSUMO

CORRECAĀO MONETARIA IG 04/20-00

313 A R\$ 0,755234 =

236,38

1,17



RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ene Barreto, 671 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3Para contatar com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO:

0032588-0

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
JUNHO/2020	11/07/2020	298	254,07

ROHARIA PEREIRA DE SOUZA  
R. GIDEO 312 - NOVA CANAA  
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA  
CPF: 00087608650249

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

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligaçao	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198	NORMAL	CONVENC

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

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

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE METRAGEM
TARIFA SEM TRIBUTOS: R\$ 298 - 0,617770	0 62 75 89 1239 194 1 206 289 323 296 298

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBI%20TECAWEB/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 falsa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu José SANTANA FEITOSA GUIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCELINO CUSTÓDIO M. JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.248.172-177, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARCELINO CUSTÓDIO MACIEL JUNIOR, inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.248.172-177, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

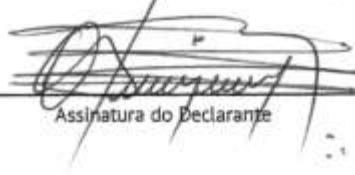
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Rua Gideão	Número	312	Complemento	CASA
Bairro	Neiva Cananéia	Cidade	Boa Vista	Estado	RR
Email	SANTANA.GUIMARAOESRR@gmail.com	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	1951 99169-3685

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	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
YUSELI MAILIN MENA ROMERO	19/11/1994	25 A 1 M 14 D	898005835601613	70642755205	Nacionalidade
Tipo Doc Documento	Órgão Emissor Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	VENEZUELA
IDENTIDADE 21512580	VENEZUELA 10/10/2017	F	SOLTEIRO(A)	PARD	Contato
Mãe			Pai		(95) 99155-4753
ANA YACELI ROMERO			FÉLIX MENA SANTO		Ocupação
Endereço					
RUA - AJURICABA - 179 - CENTRO - BOA VISTA - RR					
Classe de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Sector	URGÊNCIA				Pressão
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			
Queixa Principal	SAMU CAPITAL				Registrado por:
					ANTONIA.SOARES

Síndrome Febril  Sintomatismo Respiratório  Sintomatismo Digestivo

## Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) 17:51 h

GSC TOTAL  
 AO: 1234 RV: 1234,5 MRV: 123456

- Lesão moto vs carro.

## Exame Físico

## Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

ORÁCULO - EXAMES COMPLEMENTARES

SANGUE  URINA  ECG  OUTROS

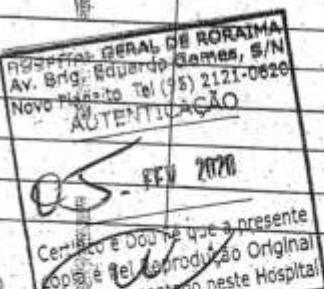
## PRESCRIÇÃO

Revisão para exame  
 Palestre legem

## APRAZAMENTO

## OBSERVAÇÃO

17:58:56



## Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revisão
- Transferência para: (97) 99155-4753

- Ambulatório
- Observação (Até 24h)
- Internação

Certifico e dou a de que a presente  
 é o original e não reprodução Original  
 foi apresentado neste Hospital

Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  FamíliaH. M. Rique  
História Clínica Patológica

Dr. Giorgio  
Médico  
1803

Cartório e Assinatura do Médico

## Assinatura do Paciente ou Responsável



SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

NIR

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

NIR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.G.R

2 - CNES

transf. os/1/2020

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Yuscel elaine Menz Romero

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

177504

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8981015183156101613

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/11/94

9 - SEXO

Masc.  Fem.  3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Yuscel elaine Menz Romero

11 - TELEFONE DE CONTATO

0399115554753

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Av. Júlio César 179 Centro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bv.

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RJ

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Homem ♂ de 25 anos de idade com  
 fratura exposta dos ossos de  
 punho (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Hematoma hígado

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

20 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

Histórico + 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

Hematoma hígado fratura exposta rádio 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. Kinaiat

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/10/20

36 - CNPJ DA SEGURADORA

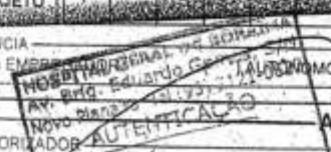
37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO



39 - CNPJ EMPRESA

40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISOR

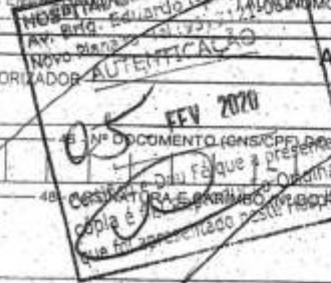
45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - CERTIFICADA E CARIMBO (MDC REGISTRO DO CONSELHO)

0408080407  
 SS25  
 V299





BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 03/01/20

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

*Victor Paracat*  
Romero

## DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

## INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

## TIPO DE INTERVENÇÃO:

## MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

## DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

RURGIÃO: Dr. Paracat

1º auxiliar:

Dr. Pablo R.

2º AUXILIAR: Dr. Odriach R.

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

ANESTESIA:

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_

ANESTÉSICO:

INÍCIO: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1 Paciente em D.D.H, f.h anestes.
- 2 Separa e Antropos.
- 3 Descaço do hmbro esquerdo
- 4 Lavagem necrose enxaiar lws 10L lws
- 5 Fissuras
- 6 Relevo intact + fissuras da fratura enxam de lados lws o. auxilio de intensificadora
- 7 Fissura de fraturas
- 8 RPT

*Vitor Paracat Santiago*  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-MR 1633  
ROE: 010

HOSPITAL GERAL DE HERAÍBA  
Av. Brig. Eduardo Gómez, s/n  
Novo Horizonte Tel (33) 21.21-0620  
www.hgheraiba.com.br

OS - FFV 2020  
Certifico que a queira presta  
cópia não reprodução original  
que foi apresentado neste Hospital



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Pioneira dos Brilhantes"

## FICHA DE ANESTESIA

YUSEFI MARLIA MELWA Romendo

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		N°		
	97	23	00	03.01.2020
AGENTES				
LÍQUIDOS VENOSOS	B S D	SF 500	SF 500	SF 500
DA	240			
X	220			
ULSO	200			
ANES	180			
OF	160			
TEMP	140			
ASPIR.	120			
RESP	100			
O	80			
Espontâneo				
Assist.				
Centro				
SÍMBOLOS	AB	OK		
AGENTES	DOSSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES	
A		BUBONENO DO PLEXO	CHECK LIST AP. ANESTESIA	
B	Ropivacaina 0,5%.	ARENAL ESTÁNDAR	+ monit. TOREZANAS	
C	20gms	VIA SUPRA CERVICAL	1. O <sub>2</sub> 500 cateter N20 21mm	
D		BLINDADO POR VS6	2- CEFALAXINA 1g ev	
E				
F				
G				
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Caúna - Naso / Oro Faringeus Naso / Otorrinolaringo - Cego Bal - Tamp - Calibre do Tubo Sob Máscara		
NÓDO		Dificuldade Técnica: NÃO		
SANGUE		TEMPO DE ANESTESIA:		
TOTAL	1000ml			
OPERAÇÃO	REDUÇÃO + FIXAÇÃO DE FRATURA EXPOSTA		Laxante - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipotensão "Bucking" - Vômito	Hemorragia - Arritmia Bradí Taquicardia - Choque
ANESTESIA	DR. MICHEL	COOGIO	DR. PABLO REZ	PERDA SANGUINEA
				Contrações

Michel M. Moura  
Médico Anestesiologista  
CRM - RR 1106

Dr. EVANSON R1





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

25 m/03

NOME DO PACIENTE Yuseli nailim meira Romano	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
	CIRURGIA		03 104 120

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA		TEMPO DE DURAÇÃO
INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
de antebraço e fina de extenso	22:20	00:50

## EQUIPE MÉDICA

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

TIPO DE ANESTESIA: B.P.B. + retraçao

## CIRCULANTE

Fabria, Cláudia

## TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS-COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO-FÍSIOLOGICO 500 ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
1	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N°	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LÂMINA BISTURI N°			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUAÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA N°	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	equipo m/ro			OUTROS:	

## CONSUMO DE SALA

## DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

## VALOR

DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB- TOTAL	
		Solange			
FUNCTIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA	SOMA	

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

Ent rachadura sala: 22:00  
Frúcio Crustexia: 22:20





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE	Yuseli Magno Menz Nunes			Agente Exposto di retoe distal (E)
AGNÓSTICO				
ALERGIAS				
IDADE	25	LEITO	NEGA	DM2
ITEM	PRESCRIÇÃO			NEGA
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ			
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
10	CINNAMICINA 100MG VO 100MG 6/6H			
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
13	SSVV + CCGG 6/6 H			
14	CURATIVO DIÁRIO			
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

SE DIABÉTICO CORAÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:  
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 401-450: 10UI; 451-500: 12UI  
 DM/MI - GLICOSE: 120-130 mg/dL

Odinach Okemiki  
Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
M. 1º Ano

Evolução médica:  
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
 NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

Jo Mello

QBS: Paciente admitido no dia 25/06/2013 com queixa de dor no lado esquerdo da coxa e perna, com limitação de movimento e dificuldade para caminhar. Foi realizada tomografia computadorizada da coxa direita, que mostrou lesão óssea na diáfise femoral com envolvimento da articulação joelho. Foi realizada cirurgia de fixação com placa e parafusos. Foi realizada fisioterapia e fisioterapeuta - Franciele Andrade Rodrigues.

Enfermeira  
COREN/RR - 353.432

402-1

GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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



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				Sab
2	AVP				
3	CLINDAMICINA 600MG EV 12/12H				
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				18 06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 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				PSN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				manh
12	SSVV + CCGG 6/6H				notr
13	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				10 22
14					
15					
16					
<u>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)</u> <u>CONFORME ESCHEMADOURO: 100-150: 10UI, 301-350: 6UI,</u> <u>351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</u> <u>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</u>					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,  
FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

#EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,  
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.

# PRE

REALIZADO

**SINAIS VITAIS**

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Pedro Di Giovanni  
 CRM-R 1615  
 Coordenador NIF

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

DATA: 05/01/20

PACIENTE: Yureli Valim Pereira

DIAGNÓSTICOS: Fevereiro

DN: / /

- 1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: BLD 402-1
- 2- PACIENTE:  ACAMADO  DEAMBULA  O2 SUPLEMENTAR
- 3- DIETA:  VIA ORAL  SNE  OUTRA
- 4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS?  SIM  NÃO  
 AGUARDANDO
- 5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM?  SIM  NÃO  
 AGUARDANDO
- 6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA?  SIM  NÃO  
 AGUARDANDO
- 7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA?  SIM  NÃO  
 AGUARDANDO
- 8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS:  
PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ SATO2: \_\_\_\_\_
- 9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

ATB - t amoxicilina

- 10- EVOLUÇÃO CLINICA:

Aquecimento vaginal

Boa Vista, 05 de 01 de 2020. Hora: \_\_\_\_\_  
CRM-NR 1615  
Giovanni  
Secretaria de Saúde

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

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

11/05/2020

YUSELI MAILIN ROMERO

HOSPITAL CORONEL MOTA

79.4 %

3771

11/05/2020

73.5 %



Ana Quezada



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

76.4 %

755

23/01/2020

Cloudoaldo

65.5 %



YUSELI MAILIN MENA ROMERO

ID: 099

Nr: 099

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA/BLOCO DE INTERNAÇÃO

NOME: *Yusef, Maicon meno Romano.*

LEITO: *601-5*

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

ESPECIALIDADE: *Intensivo.*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Risco de Queda             | <input type="checkbox"/> Precaução Contato      |
| <input type="checkbox"/> Risco de Lesão Por Pressão | <input type="checkbox"/> Precaução Respiratória |
| <input type="checkbox"/> Alergia: <i>Não</i>        | <input type="checkbox"/> Precaução Gotícula     |

**LABCLIN - LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS (UNIDADE CENTRO)**  
Av: Silvio botelho, 491 Centro (ao lado do prédio azul)  
Boa Vista - RR - 69306-690  
Fone - (95) - 3624-1240 - 99132-9292  
[www.labclinrr.com.br](http://www.labclinrr.com.br)

Nome..... YUSELI MAILIN MENA ROMERO

Idade 25A 3M 3 Pedido 040000136



Convênio. PARTICULAR

CPF do paciente: 706.427.552-05

Médico.... PARTICULAR

Data..... 22/02/2020

### Glicose

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

Material biológico: Plasma Fluoretado

Método: Enzimático / automatizado

Resultado

117,0 mg/dL

valor de referencia

60,0 a 99,0 mg/dL

Observações: EXAME REANALISADO NA MESMA AMOSTRA E LIBERADO.

### Creatinina

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

- Material biológico: Soro

Método: Enzimático/automatizado

Resultado

0,6 mg/dL

valor de referencia

0,40 a 1,30 mg/dL



PNCQ

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

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

# LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

## ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

## ANTES DA INCISÃO

## ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome Wanderson Matheus Moraes Ferreira  
Responsável Cirúrgico Dr. Edvaldo Braga

### **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

### OXIMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

### O PACIENTE POSSUI:

- ALERGIA CONHECIDA  
 () Não  
 () Sim, Qual: \_\_\_\_\_

### VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

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

### RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml

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

*prednisone 100 mg.*

### Anestesista Dra. 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, proteses 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: \_\_\_\_\_

### 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 Aplica

- 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 AS PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE  
 () Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

Assinatura Wanderson Matheus Moraes Ferreira  
 Assinatura Hora: 14:40



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

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

ESTELO DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS					
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: Prótesis				
Nome do Paciente: Admilton Mariano Roraima					
Bloco: F	Enfermaria: 601	IDADE: 25	SEXO: F( ) M( )	Nº do Prontuário 00177604	Data 12/93/2010
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:					

(X) *Pseudosyrinx* Fras., sp. n.

**Dados dos materiais/Serviço**

MÉDICO CIRURGIANO:

## 1º AUXILIAR:

### INSTRUMENTADOR:

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR

#### INSTRUMENTADORES

**I VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

TOPME/CME

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3368, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Fone (69) 2121 0637



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

### CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: Médico	Procedimento Realizado: Intervenção de Várias		
Name do Paciente: Lúcio Henrique da Silva Rosa	IDADE: 25	SEXO: F( ) M( )	Nº do Prontuário: 0012345678	Data: 03/03/2010
Bloco: F	Enfermaria: G04	Leito: 03	Nº da Sala:	Circulante de Sala: Adriana Melo

#### CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Procedimento Exagerado

#### Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ( )	Dados Adicionais:	Marca:
ITEM -01	Descrição do Item: Fita d. Kirchner 3.0 L.	QUANT 03
MÉDICO CIRURIANO:	1º AUXILIAR:	

INSTRUMENTADOR:		
Empresa ( ) ATHENA ( ) / MACON ( )	Nome da Empresa: SIRIUS ( ) / SINTSE ( ) / QUANTUM ( ) ATHENA ( ) / MACON ( )	
ITEM	Descrição do Item	QUANT
MÉDICO CIRURIANO:	1º AUXILIAR:	

INSTRUMENTADOR:		
VIA PRONTUÁRIO DO PACIENTE		
OPME/CME		

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		ED 25	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA		
Yuri Machim mena Ronerue			601-05	00177504	12/03/2020		
		CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO					
Tratamento de sequelas de Fratura de Perna (R)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL			
		12/10/04	12/10				
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA					
Dr. Carlos Henrique		ANESTESISTA:	Dr. Pedroso				
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:	R-2 Andrade				
In Morely		INSTRUMENTADOR					
2º AUXILIAR		CIRCULANTE					
TIPO DE ANESTESIA: R P B		Adenotom / Tássia					
QUANT.		MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS		VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>		PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		10	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO		
<input checked="" type="checkbox"/>		PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO		
		LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO		
		LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº 2.0		
		LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0		
		LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº		
<input checked="" type="checkbox"/>		LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº		
		LÂMINA BISTURI Nº 2.2			FIO CATGUT SIMPLES Nº		
		DRENO DE SUCCÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº		
		DRENO DE TORAX Nº	100ml		FIO PROLENE Nº PUP 2 TORAX		
		DRENO DE PENROSE Nº	100ml		FIO SEDA Nº 300		
		SERINGA 01ML			SURGICEL		
		SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO		
		SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº 400		
		SERINGA 10ML			GEOFOAM		
		SERINGA 20ML			FITA CARDIACA		
		globo 18			OUTROS: Elastoplast		
		2/20/04					
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE				VALOR	
INSTRUMENTADOR (A) * ENFERMEIRA CHEFE Erica george		MATERIAL MEDICAMENTOS				SUB- TOTAL	
FUNCIONARIO/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		50.25	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Yurili Mailin Mena Romane			601-05	001775.04	12/03/2020	
		CIRURGIA				
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO				
Tratamento de sequela de Fratura de Punho (R)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL		
		12-14	13-10			
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA				
M. Carlos Henrique		ANESTESISTA:	Dr Adonias			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:	R2 Andrade			
B. Moreira		INSTRUMENTADOR				
2º AUXILIAR		CIRCULANTE				
		Ademirton ITávio				
TIPO DE ANESTESIA: N2 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 FISIOLOGICO		
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO		
1	LUVA ESTERIL 7.0		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO GLICOSADO		
	LUVA ESTERIL 7.5		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO VICRYL Nº 2.0		
	LUVA ESTERIL 8.0		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 2.0		
L	LUVA ESTERIL 8.5		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº		
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº		
1	LÂMINA BISTURI Nº 22		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO CATGUT SIMPLES Nº		
	DRENO DE SUCCÃO Nº		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO CATGUT CROMADO Nº		
	DRENO DE TORAX Nº	100 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO PROLENE Nº PUPIT		
	DRENO DE PENROSE Nº	200 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO SEDA Nº 400/204		
	SERINGA 01ML		<input checked="" type="checkbox"/>	SURGICEL		
	SERINGA 03ML		<input checked="" type="checkbox"/>	CERA P/ OSSO		
	SERINGA 05 ML		<input checked="" type="checkbox"/>	KIT-CATARATA-Nº Agulha 10X12		
L	SERINGA 10ML		<input checked="" type="checkbox"/>	GEOFOAM		
11	SERINGA 20ML		<input checked="" type="checkbox"/>	FITA CARDIACA		
1	globo 18		<input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS:		
01	eletrodo					
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE Erica jedine	MATERIAL MEDICAMENTOS			SUB-TOTAL
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
			TAXA DE ANESTESIA			
						SOMA
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

FICHA DE ANESTESIA

Yuseli Melon me noz Romero				
PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		* Midazolam 2,5 mg ev * Fentanil 100 mcg ev		
12:00		13:00		
AGENTES	N 30			
	22			
LÍQUIDOS VENCIDOS	A	H	S	
	V	KF	KF1	
	D	500 ml	500 ml	
DA	240	SPO <sub>2</sub> + FC + ECG + PAvi		
X	35	99%		
ULSO	36	99%, 99%, 99%		
X	34	100		
ANZS	32	100		
X	30	100		
OP	28	100		
O	26	100		
TEMP	24	100		
	22	100		
ASPIR	20	100		
A	18	100		
RESF	16	100		
O	14	100		
	12	100		
	10	100		
	8	100		
	6	100		
	4	100		
	2	100		
	0	100		
Espor.	000000000000			
Aerom.				
Cortar				
BIMBOLOS	X 0,11 23 42 8 9 ② 6 7			
AGENTES	DOSES		TECNICA	ANOTACOES
A Lidocaina			Anestesia Venosa +	① Check List + monitorização (SPO <sub>2</sub> + FC + ECG + PAvi) ② bloquio do plexo braquial com Ropivacaïna + Lidocaina + bloquio axilar esquerda ③ Midazolam 7,5 mg ev ④ Fentanil 50 mcg ev ⑤ Propofol 180mg ⑥ ceftriaxona 2g ev
B Ropivacaïna			bloquio do plexo braquial	
C Fentanil 100 mg			e axilar esquerda	
D Midazolam 10 mg				
E Ketamina 25 mg				
F Propofol 180 mg				
G				
GLICOSE	LÍQUIDOS		Carúca - Naso / Ora Faringea	Naso Naso / Ortegal - Oco Naso / Tymo - Câlho do Tymo Eco Mecânica Dilatador Táctil
NCCD				
LÍNGUE				
90,9% 1000 ml				
TOTAL			TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO				
Tratamento cirúrgico de sequelas de fratura de punho ⑥				
ANESTESIA	CÓDIGO	CRUZADO	PERDA SANGUÍNEA	
Dr. Ademias Presidente		Dr. Carlos Henrique	Laxangi - Esôfago - Excesso flácido Dilatador Respiratório - Hidratação Bloqueio - Venea Hemostasia - Arteria Bradicardia - Diáspiro	
Andressa		Dr. Marcelo		

- ⑥ Dexametasona 10 mg ev  
 ⑦ ibuprofeno 100 mg ev  
 ⑧ ketamina 25 mg ev  
 ⑨ Dipiridam 2g ev  
 ⑩ Encainiliso paciente shif

Dr. Ademias Presidente  
 Dr. Carlos Henrique  
 Andressa  
 Dr. Marcelo

auto: 1410312020

SUS

Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Yuseci Valin Menta

6 - N° DO PRONTUÁRIO

177504

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8918005835601613

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/11/94

9 - SEXO

Masc

Fem

X3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Ana Yaceli Romero

11 - FONE DE CONTATO

93 9915554753

12 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)

Rua - Aparecida 179 centro

14 - CÓD. IRG MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

Maceió RR 69301070

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente f com fractura punho  
nº ± 3 meses

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trauma nôrto circunfer.

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

exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

scavação punho e

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

osteofractura futura punho esquerdo

ontopora

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Carlos Henrique

Wenceslau Machado

CNS

CPF

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Marcelo Marques

Médico

CRM 1918/RR

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

PROSPECTADO

( ) NÃO SEGURO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR - 45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

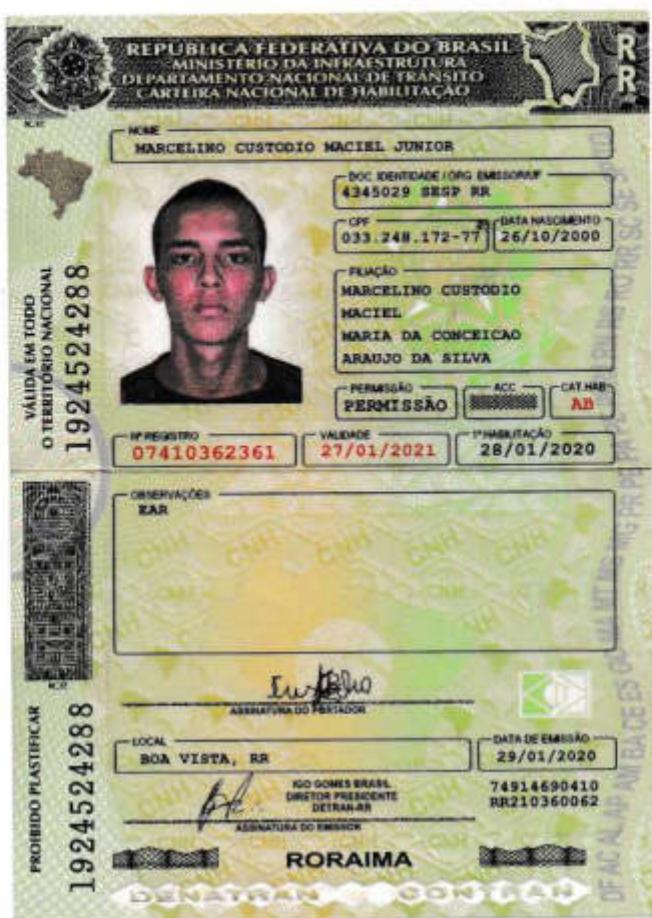
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

17/3/20

0408020601  
T922  
W4499







**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIÊNCIAS

DENATRAN

DETAN - RR  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013774700680  
01 004257811  
PLACA ANTRU  
DATA 16/08/2018  
PERÍODO 2018

MARIA DA LÓCICE LOAIS BRAULIO DA SILVA

383.379.242-88

NAM2781

PLACA ANTRU  
962KC1670CR431676

NAM2781

PÁS / MOTOCICLETA / NAR / APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/CB 150F HOHIN EST

ANOGM 2011

OAC/POLO/CV

CATEGORIA  
PAR/TCU

2P70149CC/

CATEGORIA  
CUSTO UNICA

\*\*\*\*\*  
FAZER PAGAMENTO

VENCIMENTO/DIAS  
PARCELAMENTO/DIAS

A  
\*-\* QUITADO  
\*\*

1º #PAGO\*  
2º #PAGO\*  
3º #PAGO\*

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

R\$10,70

DATA DE PAGAMENTO:  
31/08/2018

SEM RESERVA  
PROIB SAIR DA A

RESERVA  
PROIB SAIR DA A

DATA DE PAGAMENTO:  
31/08/2018

DETAN - RR  
Go Gomes Brasil  
Diretor Presidente Interno

DETAN - RR  
Local

DATA:  
09/01/2019

RR Nº 013774700680  
BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

SEGURADO: OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR NEGLIGÊNCIAS  
AO MOTORISTA E EXISTÊNCIA DE DANOS À CARGA APESOS  
TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

**SEGURADORA LIDER - DPVAT**

CNPJ 06.202.810/0001-04

53608655-5  
DEZ-2018

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 03/07/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:** EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 3

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

NOME: MARCELINO CUSTÓDIO MACIEL JUNIOR  
NACIONALIDADE: BRAZILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: MILITAR RG: 4345 02-9 SSP/RR  
CPF: 033.248.172-77 ENDEREÇO: RUA SEGASTIÃO ARI PAIVA N° 892  
BAIRRO: SILVIO LACITE CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA  
CEP: 69.344-358

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

## OUTORGADA:

NOME: José SANTANA Feijóto Guimaraes  
NACIONALIDADE: BRAZILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: AUTONOMO  
Nº DO RG: 111 976 399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR  
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999  
Nº CPF: 627.942.903-68  
ENDEREÇO: RUA CIDÉO N° 312 BAIRRO: NOVA CANÃA

## PODERES:

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



Boa Vista RR 24 de JUNHO de 2019

Marcelino Custodio Maciel Junior  
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182555/20

**Vítima:** MARCELINO CUSTODIO MACIEL JUNIOR

**CPF:** 033.248.172-77

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/06/2019

**Titular do CPF:** MARCELINO CUSTODIO  
MACIEL JUNIOR

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

### MARCELINO CUSTODIO MACIEL JUNIOR : 033.248.172-77

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO