

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0771233 (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 SUSEP nº 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Ilmar Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Yam Kennedy Peixoto Soto (a) no CPF sob o Nº 030.954.312 / 60, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez do Yam Kennedy Peixoto Soto inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.954.312 / 60, 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 informado 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: Antonio Pinheiro Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento _____
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Bica Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309.209</u>
Email <u>ilmar@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(95) 99154-4282</u>

Boa Vista - RR 10 de julho de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante

15 JUL. 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alice Lima da Silva,
RG nº 16.223, data de expedição 09/10/2016,
Órgão SSP, portador do CPF nº 027.886.162-87, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Travessa São
Rafael, nº 66,
Bairro: Centenário, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Yan Kennedy Peixoto Soto,
cujo o condutor era Yan Kennedy Peixoto Soto.

Veículo: MOTO CICLETA

Modelo: HONDA / CG 150 FAN ESI

Ano: 2012 / 2012

Placa: NUK - 6738

Chassi: 9C2KC1670CR580269

Data do Acidente: 06/05/2017

Local e Data: Boa Vista/RR, 28 / 06 / 2019.



Alice Lima da Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
COMANDO OPERACIONAL
COMPANHIA DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA



REGISTRO N°: 0022818
OCORRÊNCIA: ☒ TRAUMA ☐ CLÍNICO
CÓDIGO: 7-05
REG. DE REFERÊNCIA:

DATA: 06/05/17 VIATURA: RDA 0915 ÁREA DE ATUAÇÃO: ☐ Leste ☒ Oeste HORÁRIOS: SAÍDA: 02h25min NO LOCAL: 02h30min NA UNID. SAÚDE: 02h39min NA OBM: 03h00min

1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

ENDEREÇO: RUA São Camilo CIDADE: Boa Vista PONTO DE REFERÊNCIA: LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO:

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: VAN KENNEDY R.G.: 430523-0 D.N.: 05/02/1977 IDADE: SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino NECESSIDADES ESPECIAIS: ☐ SIM ☒ NÃO ENDEREÇO: RUA OSEMIRO GOMES DA SILVA N° 221 BAIRRO: Jd. Floresta CIDADE: Boa Vista Telefone:

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso o atendimento da equipe de resgate e de ser transportado, para avaliação médica.
☐ O paciente/vítima recusou assinar o Termo de Recusa de Atendimento.
Assinatura do paciente/vítima: RG N°: SSP/
Testemunha: RG N°: SSP/
Testemunha: RG N°: SSP/

4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Acima de 5 anos)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado <input type="checkbox"/> 4. Confuso <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./ Gemidos <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais <input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. Reage a dor <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	15 Pontos

5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Abaixo de 5 anos)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanha <input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado <input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente <input type="checkbox"/> 2. Agitação <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros <input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. sente dor, mas não retira <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	____ Pontos

6. SINAIS VITAIS

PA: FR: FC: SpO2: Temperatura:

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA: ☒ NÃO ☐ SIM - QUAL (is):
USO DE MEDICAMENTOS: ☒ NÃO ☐ SIM - QUAIS:

8. CASOS CLÍNICOS

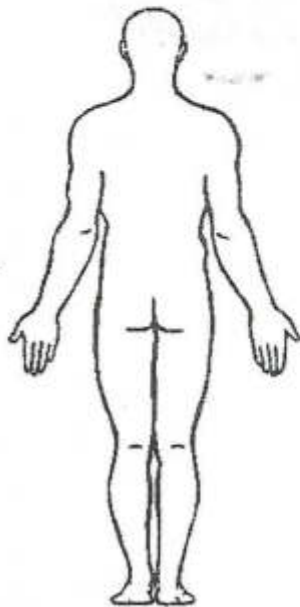
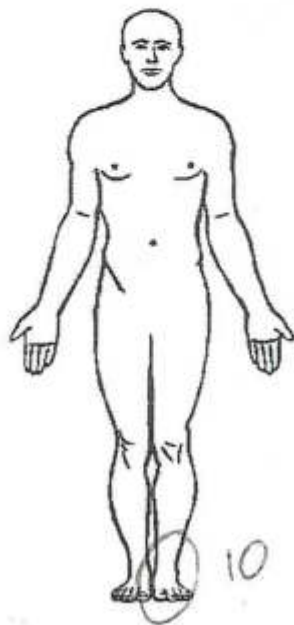
☐ Emerg. Cardíaca ☐ Emerg. Obst. - Trabalho de parto ☐ Choque anafilático ☐ Alcoolismo
☐ Crise hipertensiva ☐ Emerg. Obst. - Suspeita de aborto ☐ Crise convulsiva ☐ Remoção inter-hospitalar
☐ Emerg. respiratória ☐ Emerg. Obst. - Complicações ☐ Desmaio/síncope ☐ Remoção casa-hospitalar
☐ AVE ☐ Emerg. Obst. - Outros ☐ Doenças infectocontagiosas ☐ Outros:
☐ Diabetes ☐ Insuficiência Renal Aguda ☐ Emerg. Psiquiátrica ☐

15 JUL. 2019

9. ORIGEM DO TRAUMA

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Suicídio/tentativa | <input type="checkbox"/> Queimadura - Química | <input type="checkbox"/> Vit. de envenenamento |
| <input type="checkbox"/> Acidente aéreo | <input type="checkbox"/> Ferimento arma branca | <input type="checkbox"/> Queimadura - Térmica | <input type="checkbox"/> Vit. de intoxicação |
| <input type="checkbox"/> Queda - plano elevado | <input type="checkbox"/> Ferimento arma de fogo | <input type="checkbox"/> Acid. com eletricidade | <input type="checkbox"/> Ataque animal |
| <input type="checkbox"/> Queda - própria altura | <input type="checkbox"/> Ferimento penetrante/perf. | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Acid. animais peçonhentos |
| <input type="checkbox"/> Agressão física | <input type="checkbox"/> Ferimento Avulsão/amput. | <input type="checkbox"/> OVACE | <input type="checkbox"/> Emerg. produtos perigosos |
| <input type="checkbox"/> Agressão sexual | <input type="checkbox"/> Ferimento Esmagamento | <input type="checkbox"/> Vit. de soterramento | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

10. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS



legenda:

- 01 - Fratura
- 02 - Luxação
- 03 - Entorse
- 04 - Ferimento Incisivo
- 05 - Ferimento Lacerante
- 06 - Ferimento Corto-contuso
- 07 - Ferimento perfurante
- 08 - Ferimento penetrante
- 09 - Amputação
- 10 - Avulsão
- 11 - Contusão
- 12 - Escoriações
- 13 - Queimaduras



11. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

A VÍTIMA SOFREU UMA AVULSÃO NO MEMBRO ESQUERDO E PEQUENAS ESCORRIAS PELO CORPO. (MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E TORAX). REALIZADA A IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR.

12. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

- | | | | | |
|---|---|-----------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Carteira de identidade | <input type="checkbox"/> Cartão magnético | Und _____ | <input type="checkbox"/> Capacete | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> CNH | <input type="checkbox"/> Cheque | Fis _____ | <input type="checkbox"/> Calçado | _____ |
| <input type="checkbox"/> CPF | <input type="checkbox"/> Dinheiro | R\$ _____ | <input type="checkbox"/> Óculos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Título de eleitor | <input type="checkbox"/> Jóias | _____ | <input type="checkbox"/> Relógio | _____ |

Aos cuidados de:

RG:

Telefone:

13. UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> P.S. Francisco Elesbão | <input type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antonio | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> P.A. Ailton Rocha | <input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré | |
| <input type="checkbox"/> Policlínica Cosme e Silva | <input type="checkbox"/> Hosp. Unimed | |

14. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

- ☐ Crítico ☐ Instável ☒ Estável

15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe:	Socorrista (s):	Condutor da VTR:	Resp. pelo preenchimento:
SGT Guilherme	SGD ANGELISTA	SGT ANDRÉ	SGT Guilherme

16. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura:	Carimbo:
Documento de identidade:	
Registro do Conselho (CRM, COREN):	

15 JUL. 2019

GRANDE TRAUMA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



170072 06/05/2017 02:47:23 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 3

Paciente: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO Data Nascimento: 05/02/1997 Idade: 20 A 3 M 1 D CNS: 702606776512049 CPF: 03095431260 Prontuário: 1573

Tipo Doc: Documento: 4305230 Órgão Emissor: SSP RR Data Emissão: 25/01/2017 Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Raça/Cor: PARDA Naturalidade: BOA VISTA - RR

Mãe: ANA CARMEM DA SILVA PEIXOTO Pai: ANTONIO RODRIGUEZ SOTO Contato: (95) 21210-589

Endereço: RUA - CARLOS GOMES DA SILVA - 221 - JARDIM FLORESTA - BOA VISTA - RR Ocupação:

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:

Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: RESGATE Procedimento Sol.: Registrado por: LIZA.MARIE

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL: 15

amne - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Trama no M I t com Ferimentos centrais no Dorso da Pele

Exame Físico: BTG LOT + AAA ACU e APG

Hipótese Diagnóstica: Trauma M I E

SADT - Exames Complementares: ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO: 1) Dipalutina 2g EV 2) Flunoxasem 40 mg EV 3) Dipiridamol 2g EV 4) 705 ml 5) Solução e Curativos

APRAZAMENTO: OBSERVAÇÃO:

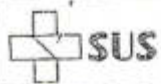
Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☒ Transferência para: Pronto Socorro Data e Hora da Saída/Alta: 15 JUL 2019

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico: 15 JUL 2019

Impresso por: liza.marie Data Hora: 06/05/2017 02:51:50

17007206



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima ACIDENTE DE TRÂNSITO (CAROL). Apresentando fratura do METATARSO 3º e 4º pé esquerdo.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO - cirúrgico

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

Hist. + exame físico + rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura do 3º e 4º metatarso do pé esquerdo.

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

0308070019 - 1068
V299 5923



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Yon Kennedy Bernoto Soto 70 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 06/05/2014 COM
DIAGNÓSTICO DE fract. op 3-14-M.T.T +

NO DIA 06/01/2014 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
MC + Su Tumor por plano tumoressecc SENDO
OPERADO PELO DR. Nequim Dias E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 08/05/2014 ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 01/06/2014 ÀS 17h, COM O
DR. Nequim Dias

ORIENTAÇÕES GERAIS :

15 JUL. 2019

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Marcelo Amato

BOA VISTA, 08/05/2014

Meri

MÉDICO

15 JUL 2019



Yan Kennedy Peixoto Soto

2954773 0040 RR

201.73640.75-8



YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

FILIAÇÃO.....: ANTONIO RODRIGUEZ SOTO
ANA CARMEM DA SILVA PEIXOTO
NASCIMENTO.....: 05/02/1997 SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR
DOCUMENTO.....: R.G. 430523-0 SESP RR 3108/2011
LEI Nº 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF.....: 030.954.312-60 CNH.....:
TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRT/RR - 08/04/2013



15 JUL. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG. RESERVA
114807 SSP RJ

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FRACÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNÇÃO

CONJUGA
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190428541 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA + SUTURA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190428541 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO. (P4)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA + SUTURA) E ALTA MÉDICA. (P5)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Yan Kennedy Peixoto Soto
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Barbearia
IDENTIDADE:	43 05 23-0 5 SP IRR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio P. Galvão, 1832, Curitiba

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807 6SP IRR
ENDEREÇO:	Rua: Antonio P. Galvão, 1832 - Curitiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 06 / 05 / 2014, cobertura Invalidez, vítima: Yan Kennedy Peixoto Soto.

Boa Vista 28 06 19

LOCAL E DATA



YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

15 JUL. 2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238479/19

Vítima: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

CPF: 030.954.312-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/05/2017

Titular do CPF: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO : 030.954.312-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/07/2019
Nome: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO
CPF: 030.954.312-60

YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

030.954.312-60

Yan Kennedy Peixoto Soto

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

Nome completo:

Yan Kennedy Peixoto Soto

CPF:

030.954.312-60

Profissão:

autônomo

Endereço:

Rua Antônio P. Galvão

Número:

1832

Complemento:

Bairro:

Buritis

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.300-000

E-mail:

LOIERRR@HOTMAIL.com

Tel.(DDD):

(95)98403-5060

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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:

6953

CONTA:

03.679

8

(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 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.

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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Boa Vista - RR 11/08/19

Nome: Yan Kennedy Peixoto Soto

CPF: 030.954.312-60

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

030.954.312-60

Nome completo da vítima:

Yan Kennedy Peixoto Soto

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

Nome completo:

Yan Kennedy Peixoto Soto

CPF:

030.954.312-60

Profissão:

autônomo

Endereço:

Rua Antônio P. Galvão

Número:

1832

Complemento:

Bairro:

Buritis

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.300-000

E-mail:

LOIERRR@HOTMAIL.com

Tel.(DDD):

(95)98403-5060

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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:

6953

CONTA:

03.679

8

(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 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.

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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Boa Vista - RR 11/08/19

Nome:

Yan Kennedy Peixoto Soto

CPF:

030.954.312-60

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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: 030.954.312-60 4 - Nome completo da vítima: Yan Kennedy Peixoto Soto

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

5 - Nome completo: Yan Kennedy Peixoto Soto 6 - CPF: 030.954.312-60
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua Antônio P. Galvão 9 - Número: 1832 10 - Complemento:
11 - Bairro: Buzitá 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.309-209
15 - E-mail: FLOIRER@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95) 38403-5060

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 23679 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 09/03/2020

X. YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190428541

Vítima: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

Data do Acidente: 06/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

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, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190428541

Vítima: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

Data do Acidente: 06/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190428541

Vítima: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

Data do Acidente: 06/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190428541

Vítima: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

Data do Acidente: 06/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190428541

Vítima: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

Data do Acidente: 06/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

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\$ 675,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%	
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$ 675,00

Recebedor: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

Valor: R\$ 675,00

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000023679-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 030.954.312-60 Nome completo da vítima: Yan Kennedy Peixoto Soto

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

Nome completo: Yan Kennedy Peixoto Soto CPF: 030.954.312-60

Profissão: autônomo Endereço: Rua Antônio P. Galvão Número: 1832 Complemento: _____

Bairro: Buritis Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.300-000

E-mail: LOIERRR@HOTMAIL.com Tel.(DDD): (95)98403-5060

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 14847 0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Boa Vista - RR, 11/07/19

Nome: Yan Kennedy Peixoto Soto

CPF: 030.954.312-60

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019356/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/06/2019 10:35 Data/Hora Fim: 28/06/2019 10:52
Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 06/05/2017 00:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: R. SÃO CAMILO
Complemento: CRUZAMENTO COM R. SANTA LUZIA

Bairro: Cinturão Verde

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

Motivação

Outros

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 05/02/1997
Profissão: Barbeiro Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Ana Carmen da Silva Peixoto Nome do Pai: Antonio Rodrigues Soto
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 030.954.312-60
RG - Carteira de Identidade: 430523-0

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: R. TV SÃO RAFAEL
Complemento: CASA
Bairro: CENTENARIO
Telefone: (95) 99123-1965 (Celular)

Nº: 66

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

15 JUL. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019356/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 027.886.162-87	Placa NUK6738
Renavam 00481773053	Número do Motor KC16E7C580269
Número do Chassi 9C2KC1670CR580269	Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
Cor CINZA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 22/08/2012	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Yan Kennedy Peixoto Soto	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Sr. Delegado de Polícia compareceu nesta DP o comunicante acima qualificado para informar o seguinte fato: Que no dia e horário acima informado trafegava em sua motocicleta acima descrita quando ao chegar no local do fato cruzamento das vias, quando inesperadamente atravessou um cachorro em sua frente causando sua queda; Que devido a queda do veículo o comunicante sofreu lesão corporal e escoriações pelo corpo com fratura no pé esquerdo sendo encaminhado pelo RESGATE RUA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR ao PSE/HGR para atendimento de emergência. Era o que tinha a comunicar.

ASSINATURAS

Frank Pessoa de Carvalho

Frank Pessoa de Carvalho
Agente de Polícia
Matrícula 042000410
Responsável pelo Atendimento

YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

Yan Kennedy Peixoto Soto
(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."

15 JUL 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	030.954.312-60	Yan Kennedy Peixoto Soto
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Yan Kennedy Peixoto Soto	030.954.312-60	
Profissão:	Endereço:	Número:
autônomo	Rua: Antônio P. Galvão	1832
Bairro:	Cidade:	Estado:
Barutis	Boa Vista	RR
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
ELIERRR@HOTMAIL.com	69.300-000	(95)98403-5066

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: <u>3906</u> <input type="checkbox"/> <small>(Informar o dígito se existir)</small>	CONTA: <u>14847</u> <input type="checkbox"/> <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(Informar o dígito se existir)</small>

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.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabético)

Local e Data: Boa Vista - RR, 11/07/19

Nome: Yan Kennedy Peixoto Soto

CPF: 030.954.312-60

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
COMANDO OPERACIONAL
COMPANHIA DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA



REGISTRO N°: 0022818
OCORRÊNCIA: ☒ TRAUMA ☐ CLÍNICO
CÓDIGO: T-05
REG. DE REFERÊNCIA:

DATA: 06/05/17 VIATURA: RDA 0915 ÁREA DE ATUAÇÃO: ☐ Leste ☒ Oeste HORÁRIOS: SAÍDA: 02h25min NO LOCAL: 02h30min NA UNID. SAÚDE: 02h39min NA OBM: 03h00min

1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

ENDEREÇO: RUA São Camilo CIDADE: Boa Vista PONTO DE REFERÊNCIA: LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO:

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: VAN KENNEDY R.G.: 430523-0 D.N.: 05/02/1977 IDADE: SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino NECESSIDADES ESPECIAIS: ☐ SIM ☒ NÃO ENDEREÇO: RUA OSEMIRO GOMES DA SILVA N° 221 BAIRRO: Jd. Floresta CIDADE: Boa Vista Telefone:

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso o atendimento da equipe de resgate e de ser transportado, para avaliação médica.
☐ O paciente/vítima recusou assinar o Termo de Recusa de Atendimento.
Assinatura do paciente/vítima: RG N°: SSP/
Testemunha: RG N°: SSP/
Testemunha: RG N°: SSP/

4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Acima de 5 anos)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado <input type="checkbox"/> 4. Confuso <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./ Gemidos <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais <input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. Reage a dor <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	15 Pontos

5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Abaixo de 5 anos)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanha <input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado <input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente <input type="checkbox"/> 2. Agitação <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros <input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. sente dor, mas não retira <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	____ Pontos

6. SINAIS VITAIS

PA: FR: FC: SpO2: Temperatura:

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA: ☒ NÃO ☐ SIM - QUAL (is):
USO DE MEDICAMENTOS: ☒ NÃO ☐ SIM - QUAIS:

8. CASOS CLÍNICOS

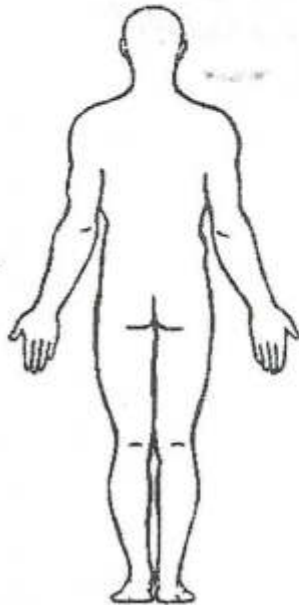
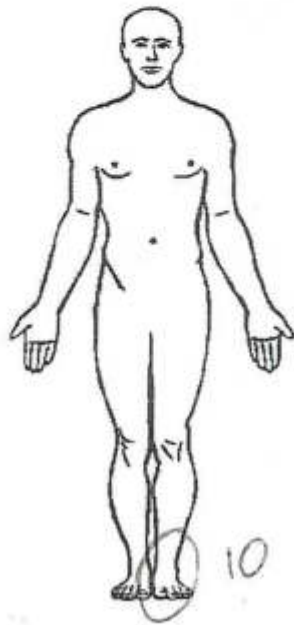
<input type="checkbox"/> Emerg. Cardíaca <input type="checkbox"/> Crise hipertensiva <input type="checkbox"/> Emerg. respiratória <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Trabalho de parto <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Suspeita de aborto <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Complicações <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Outros <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Aguda	<input type="checkbox"/> Choque anafilático <input type="checkbox"/> Crise convulsiva <input type="checkbox"/> Desmaio/síncope <input type="checkbox"/> Doenças infectocontagiosas <input type="checkbox"/> Emerg. Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Remoção inter-hospitalar <input type="checkbox"/> Remoção casa-hospital <input type="checkbox"/> Outros:
--	---	---	--

15 JUL. 2019

9. ORIGEM DO TRAUMA

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Suicídio/tentativa | <input type="checkbox"/> Queimadura - Química | <input type="checkbox"/> Vit. de envenenamento |
| <input type="checkbox"/> Acidente aéreo | <input type="checkbox"/> Ferimento arma branca | <input type="checkbox"/> Queimadura - Térmica | <input type="checkbox"/> Vit. de intoxicação |
| <input type="checkbox"/> Queda - plano elevado | <input type="checkbox"/> Ferimento arma de fogo | <input type="checkbox"/> Acid. com eletricidade | <input type="checkbox"/> Ataque animal |
| <input type="checkbox"/> Queda - própria altura | <input type="checkbox"/> Ferimento penetrante/perf. | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Acid. animais peçonhentos |
| <input type="checkbox"/> Agressão física | <input type="checkbox"/> Ferimento Avulsão/amput. | <input type="checkbox"/> OVACE | <input type="checkbox"/> Emerg. produtos perigosos |
| <input type="checkbox"/> Agressão sexual | <input type="checkbox"/> Ferimento Esmagamento | <input type="checkbox"/> Vit. de soterramento | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

10. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS



legenda:

- 01 - Fratura
- 02 - Luxação
- 03 - Entorse
- 04 - Ferimento Incisivo
- 05 - Ferimento Lacerante
- 06 - Ferimento Corto-contuso
- 07 - Ferimento perfurante
- 08 - Ferimento penetrante
- 09 - Amputação
- 10 - Avulsão
- 11 - Contusão
- 12 - Escoriações
- 13 - Queimaduras



11. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

A VÍTIMA SOFREU UMA AVULSÃO NO MEMBRO ESQUERDO E PEQUENAS ESCORRIAS PELO CORPO. (MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E TORAX). REALIZADA A IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR

12. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

- | | | | | |
|---|---|-----------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Carteira de identidade | <input type="checkbox"/> Cartão magnético | Und _____ | <input type="checkbox"/> Capacete | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> CNH | <input type="checkbox"/> Cheque | Fis _____ | <input type="checkbox"/> Calçado | |
| <input type="checkbox"/> CPF | <input type="checkbox"/> Dinheiro | R\$ _____ | <input type="checkbox"/> Óculos | |
| <input type="checkbox"/> Título de eleitor | <input type="checkbox"/> Jóias | | <input type="checkbox"/> Relógio | |

Aos cuidados de:

RG:

Telefone:

13. UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> P.S. Francisco Elesbão | <input type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antonio | |
| <input type="checkbox"/> P.A. Ailton Rocha | <input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Policlínica Cosme e Silva | <input type="checkbox"/> Hosp. Unimed | |

14. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

- ☐ Crítico ☐ Instável ☒ Estável

15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe:	Socorrista (s):	Condutor da VTR:	Resp. pelo preenchimento:
SGT Guilherme	SGD ANGELISTA	SGT ANDRÉX	SGT Guilherme

16. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura:	Carimbo:
Documento de identidade:	
Registro do Conselho (CRM, COREN):	

15 JUL. 2019

GRANDE TRAUMA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



170072 06/05/2017 02:47:23 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 3

Paciente: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO Data Nascimento: 05/02/1997 Idade: 20 A 3 M 1 D CNS: 702606776512049 CPF: 03095431260 Prontuário: 1573

Tipo Doc: Documento: 4305230 Órgão Emissor: SSP RR Data Emissão: 25/01/2017 Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Raça/Cor: PARDA Naturalidade: BOA VISTA - RR

Mãe: ANA CARMEM DA SILVA PEIXOTO Pai: ANTONIO RODRIGUEZ SOTO Contato: (95) 21210-589

Endereço: RUA - CARLOS GOMES DA SILVA - 221 - JARDIM FLORESTA - BOA VISTA - RR Ocupação:

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:

Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: RESGATE Procedimento Sol.: Registrado por: LIZA.MARIE

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL: 15

amne - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Tranque no M I t com Ferimento
centro no Dorso da Pele

Exame Físico: BTG LOT + AAA ACU e APG

Hipótese Diagnóstica: Trauma M I E

SADT - Exames Complementares: ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO: 1) Dipalutina 2g EV 2) Flunoxocem 40 mg EV 3) Dipiridamol 2g EV 4) 405 ml 5) Solução e Curativo

APRAZAMENTO: OBSERVAÇÃO:

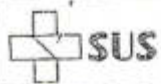
Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☒ Transferência para: Dito médico Data e Hora da Saída/Alta: / /

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico: 15 JUL. 2019

Impresso por: liza.marie Data Hora: 06/05/2017 02:51:50

17007206



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima ACIDENTE DE TRÂNSITO (CAROL). Apresentando fratura do METATARSO 3º e 4º pé esquerdo.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO - cirúrgico

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

Hist. + exame físico + rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura do 3º e 4º metatarso do pé esquerdo.

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

0308070019 - 1068
V299 5923



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Yon Kennedy Bernoto Soto 70 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 06/05/2014 COM
DIAGNÓSTICO DE fract. op 3-14-M.T.T +

NO DIA 06/05/2014 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
MC + Su Tumor por plano tumores SENDO
OPERADO PELO DR. Neelson Dias E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 08/05/2014 ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 01/06/2014 ÀS 17h, COM O
DR. Neelson Dias

ORIENTAÇÕES GERAIS :

15 JUL. 2019

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Marcelo Amato

BOA VISTA, 08/05/2014

Meri

MÉDICO

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:

15/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000023679-8

Autenticação:

29A160ECAF0BB5683C7089008DFEC8487D960C8196257D86151E2C240FB0250

0108917-0

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Enio Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 388/13

Nº da Nota Fiscal: 003122719
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	11/07/2019	360	373,63

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 4 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021724

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	51562		Atual: 24/06/2019
Anterior:	51202		Anterior: 27/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 24/07/2019
Consumo Medido:	360		Emissão: 19/06/2019
Consumo Faturado:	360	FCAM	Apresentação: 24/06/2019

NORMAL

28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2207276	N 1519448	1.1.1.2	461

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAI/19 453	CONSUMO 360 A R\$ 0,773664 = 278,51
ABR/19 438	CORRECAO MONETARIA DA 03/19-00 0,43
MAR/19 505	CANC-DESC S/MULPARCEL 03/19-00 4,35
FEV/19 389	CANC-DESC S/JUR.PARCE 03/19-00 4,07
JAN/19 356	CORRECAO MONETARIA IG 03/19-00 13,65
DEZ/18 419	MULTA POR ATRASO DE I 03/19-00 2,60
NOV/18 512	JUROS DE MORA POR ATR 03/19-00 0,69
OUT/18 508	MULTA POR ATRASO 03/19-00 15,16
SET/18 499	JUROS DE MORA DE IMPO 03/19-00 12,12
AGO/18 544	ILUMINACAO PUBLICA 42,05
Total - SBT 777,03	
O H 200 - 6.234.620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
DEBITOS JA REAVISADOS	***** AVISO DE DEBITOS VENCIDOS *****
Mes/ano Valor R\$	Informamos existir(em) debito(s) vencido(s) no valor de R\$
04/2019 777,03	XXXXXX777,03 (sem acrescimos legais) ate esta data. Caso o(s)
	debito(s) ja tenham sido pago(s), procurar uma loja de
	atendimento da Eletronovas Distribuição Revolve com o(s) con-
	provante(s) de pagamento.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO	D37B.5443.E5F9.49D0.15E4.9A9F.88BB.3A6D
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição	Base de Cálculo: 278,51
Energia	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão	Valor do ICMS: 47,34
Encargos	Valor do PIS: 0,47
Tributos:	Valor do COFINS: 2,22

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
0,00 0,00 0,00
FLORESTA 04/2019 143,70

ROT: 5.001.12.04.021724 -

 <p>Roraima Energia S.A. Av. Capitão Enio Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44</p>	SELO CÓDIGO 0108917-0	TOTAL A PAGAR - R\$ 373,63
	MES FATURADO 06/2019	VENCIMENTO 11/07/2019
<p>003122719 FCAM</p>		



SEQ.: 00070 UC: 0108917-0 DT.LEIT.: 24/06/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 51562 NORMAL TOTAL: 373,63 CARGA: 008
DT.VENC.: 11/07/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1201

15 JUL. 2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 / Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 36B/13

Nº da Nota Fiscal

003122719

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

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	11/07/2019	360	373,63

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 4 BURITIS
CPF: 00038305151204

CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021724

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	51562		Atual: 24/06/2019
Anterior:	51202		Anterior: 27/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 24/07/2019
Consumo Medido:	360		Emissão: 19/06/2019
Consumo Faturado:	360	FCAM	Apresentação: 24/06/2019

NORMAL

28

Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posse	Código Fat	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2207276	N 1519448	1.1.1.2	461

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAI/19 453	CONSUMO 360 A R\$ 0,773664 = 278,51
ABR/19 438	CORRECAO MONETARIA DA 03/19-00 0,43
MAR/19 505	CANC-DESC S/MULPARCEL 03/19-00 4,35
FEV/19 389	CANC-DESC S/JUR.PARCE 03/19-00 4,07
JAN/19 356	CORRECAO MONETARIA IG 03/19-00 13,65
DEZ/18 419	MULTA POR ATRASO DE I 03/19-00 2,60
NOV/18 512	JUROS DE MORA POR ATR 03/19-00 0,69
OUT/18 508	MULTA POR ATRASO 03/19-00 15,16
SET/18 499	JUROS DE MORA DE IMPO 03/19-00 12,12
AGO/18 544	ILUMINACAO PUBLICA 42,05

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Informações
04/2019	777,03	Informação existente de débitos vencidos no valor de R\$ 777,03 (setecentos e setenta e sete reais e três centavos) até esta data. Caso o(a) devedor(a) já tenha sido pago(a), procurar uma loja de atendimento da Eletronor Distribuição Roraima com o(a) comprovante(a) de pagamento.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO D37B.5443.E5F9.49D0.15E4.9A9F.88B8.3A6D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 149,97	Base de Cálculo: 278,51
Energia: 0,00	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 47,34
Encargos: 7,79	Valor do PIS: 0,47
Tributos: 50,03	Valor do COFINS: 2,22

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
0,00			0,00			0,00
FLORESTA					04/2019	143,70

ROT: 5.001.12.04.021724



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 / Ins. Estadual: 24.007.022-3

0108917-0

TOTAL A PAGAR R\$ 373,63

06/2019

VENCIMENTO 11/07/2019

003122719 FCAM



SEQ.: 00070 UC: 0108917-0 DT.LEIT.: 24/06/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 51562 NORMAL TOTAL: 373,63 CARGA: 008
DT.VENC.: 11/07/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1201

15 JUL. 2019