

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 2211221 (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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, assim como a 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, seguridade social, resseguro.

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

Pelo exposto, eu Ilan Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Yan Kennedy Peixoto Soto (a) no CPF sob o Nº 030.954.312 / 60, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Yan 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 comprova-

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço 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: Antonio Pinheiro Galvão	Número	1832	Complemento
Bairro	Buritis	Cidade	Belo Horizonte	Estado
Email	Ilanr@Hotmail.com	Telefone comum (DDD)	3100	Telefone - celular (DDD)

Boa Vista - RR : 10 de julho de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante

Ilan Inacio de Souza  
15 JUL. 2019

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alice Lima da Silva,  
RG nº 16.223, data de expedição 04/10/2016,  
Órgão SIP, 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) Trauessa 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)

**DANIEL AQUINO**  
23725-5425 ee6c8886a  
reconhecido por: VERDADEIRA a(s) firma(s)  
ALICE LIMA DA SILVA

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabelião - Registrador  
Av. Afonso Teles, 2287 - Asa Branca - Boa Vista/RR  
Fone: (65) 3427-4188  
Sedficioboavista@cartorioaqunio.com.br

Em testemunho da verdade, BPO  
que dou fé, Boa Vista/RR, 10 de julho de 2019,  
consulte o(s) selo(s) abaixo em [cidadao.portalseletor.com.br](http://cidadao.portalseletor.com.br)  
RECIFR158296V4A17WSIDAPHTX33 /

Almofadamento: R\$ 2,45 Fundos/ISS: R\$ 0,55 Total: R\$ 2,45



15 JUL. 2019



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	VIATURA	ÁREA DE ATUAÇÃO	HORÁRIOS	SAÍDA OBM	NO LOCAL	NA UNID. SAÚDE	NA OBM
06/05/17	RDA 0915	<input type="checkbox"/> Leste <input checked="" type="checkbox"/> Oeste		02h 25min	02h 30min	02h 45min	03h 00min

1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

ENDEREÇO: RUA SÃO Camilo  
CIDADE: Boa Vista PONTO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_  
LOCAL DA OCORRÊNCIA:  RESIDÊNCIA  TRABALHO  VIA PÚBLICA  OUTRO: \_\_\_\_\_

CONFERE COM O ORIGINAL  
Em: 31/07/17  
Assinatura: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ BAIRRO: Cachorro Verde

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: XAN KEUNEOP *Reexfo* R.G.: 930523-0  
D.N.: 05/02/1977 IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  Masculino  Feminino NECESSIDADES ESPECIAIS:  SIM  NÃO  
ENDEREÇO: Rua SEMIRIO 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 checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais	
<input type="checkbox"/> 3. À voz	<input type="checkbox"/> 4. Confuso	<input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso	
<input type="checkbox"/> 2. À dor	<input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas	<input type="checkbox"/> 4. Reage a dor	
<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./ Gemidos	<input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticacão)	
	<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<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"/> 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanha	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros	
<input type="checkbox"/> 3. À voz	<input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado	<input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso	
<input type="checkbox"/> 2. À dor	<input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente	<input type="checkbox"/> 4. sente dor, mas não retira	
<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Agitação	<input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticacão)	
	<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração)	
		<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	15 Pontos

6. SINAIS VITAIS

PA: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ SpO2: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA:  NÃO  SIM - QUAL (is): \_\_\_\_\_

USO DE MEDICAMENTOS:  NÃO  SIM - QUAIS: \_\_\_\_\_

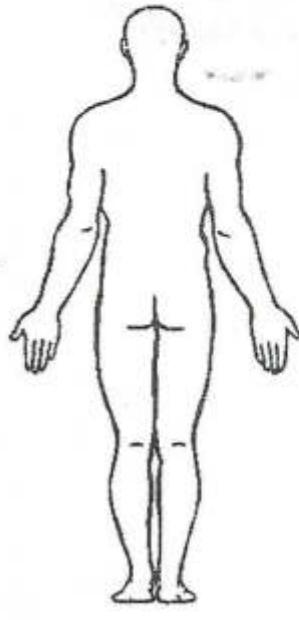
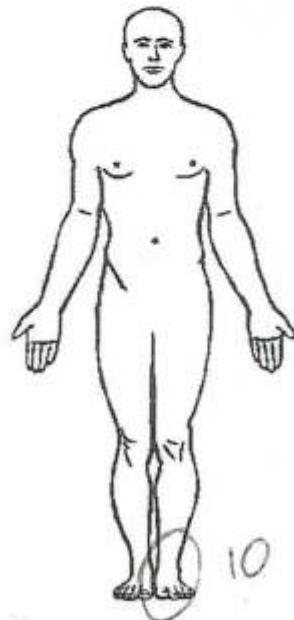
8. CASOS CLÍNICOS

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

## 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 AVULSAÇÃO NO MEMBRO ESQUERDO E PEQUENO E CORRIA SOS 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 _____ Fls           | <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 Antônio                 | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> P.A. Airton 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	ENGENELISTA	SGT ANDREX	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



170076-06	06/05/2017 02:47:23	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			NOTURNO 19- 3		
Paciente	YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF /		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	05/02/1997	20 A 3 M 1 D	702606776512049 03095431260		
IDENTIDAD	4305230	SSP RR	25/01/2017	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
Mãe	ANA CARMEM DA SILVA PEIXOTO		M	SOLTEIRO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR	
Endereço	RUA - CARLOS GOMES DA SILVA - 221 - JARDIM FLORESTA - BOA VISTA - RR	Pai	ANTONIO RODRIGUEZ SOTO	Contato	(95) 21210-589	Ocupação	
Class. de Risco	Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>			Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Setor	GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	RESGATE		Procedimento Sol.		Pressão
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL		
anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	15		
Exame Físico	Tcua nc M I t lém Fervor ccutenc nc Danc clor Pe						
B6 COT + ASS ACUodRg							
Hipótese Diagnóstica	Tcua M I E						
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
D. tibialalina 2g c/1 Tlenoxicam 40 mg c/1 Dipirona 750 c/1 Ttos ml t/1 Sulco e Cervatina				Dr. Júlio B. P. Ferreira Jr. MÉDICO CRM/RN 1375 06 Maio 2017	- 15 JUL 2019 Centro de Cuidados Continuados CRM/RN 1375		
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>ok pedi</i> Data e Hora da Saída/Alta: / / : :						
Óbito							
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica	/ / : :	

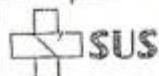
Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

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

15 JUL. 2019





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

157514

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702961061717651200919

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/02/97

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Wane Camara da Silva Peixoto

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Cario Gomes da Silva - 221 - Jardim Escola

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV-RR

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente vítima de acidente de trânsito (motor), apresentando fratura do metatarso do pé esquerdo e

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tra - cirurgico



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

Hist. + exame físico + rx

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura no 3º e 4º metatarso do pé direito.

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Marques

26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

hospital

temporária

28 - DOCUMENTO

( ) CNS

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

( ) CPF

Marques

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

M. Rogério MDR

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

06/05/2017

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

DR. M. Rogério Marques

Médico Traumatologista

CARMIMBO: 13-01-2017

33 - ACIDENTE DE TRABALHO 36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

6/5/17

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

6/5/17

0308070079 - 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 Yan Kennedy Pinto Soto 20 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 06/05/2011 COM  
DIAGNÓSTICO DE fract. ob 3-14: MTT +

NO DIA 06/05/2011 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
l'nc + Sua tura por placa e anel Síntese SENDO  
OPERADO PELO DR. Regino Soto E DR.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 08/05/2011 AS \_\_\_\_\_, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 01/06/2011, AS 17h, COM O  
DR. Regino Soto

#### ORIENTAÇÕES GERAIS :

15 JUL. 2019

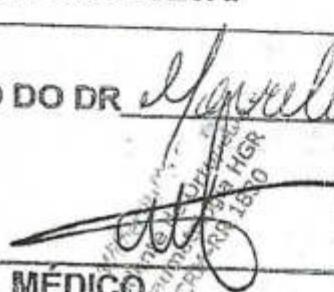
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR Regino Soto

BOA VISTA, 08/05/2011

Meri

MÉDICO





45 JUL. 2019

YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

2954773 0040 RR

201.73640.75-8

**YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO**

FILIAÇÃO.....: ANTONIO RODRIGUEZ SOTO  
ANA CARMEN DA SILVA PEIXOTO  
SEXO: MASCULINO  
NASCIMENTO.....: 05/02/1997  
ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR  
DOCUMENTO....: R.G. 430523-0 SSP RR 31/08/2011  
LEI Nº 9.049, DE 19 DE MAIO DE 1995  
CPF.....: 030.954.312-60 CNH.....:  
TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:  
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTEIRR - 08/04/2013



15 JUL. 2019

980151096

980151096

PRATICADO PLASTIFICADA

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

NAME: ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR: 114807 SSP RR

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

PRIMEIRO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO  
SEGUNDO: CIRIACIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC CAJUBA AB

Nº REGISTRO: 01101952304 VALIDEZ: 26/01/2020 1ª HABILITAÇÃO: 15/12/1999

DESCRIÇÃO:

ASSINATURA DO PORTADOR:

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

JOSÉ LIMA RIBEIRO PEREIRA  
DIRETOR-PROVVISORIA  
ASSINATURA DO ENVIADOR:

DET.RR/DETRAN-RR (RORAIMA)

# 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

**Valorização 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
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

# 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
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	Yan Kennedy Peixoto Soto
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Barbearia
IDENTIDADE:	43 05 23-0 S SPIRR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio P. Galvão, 1832, Buritis

## OUTORGADO

NOME:	Gloir Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807 6SPIRR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio P. Galvão, 1832 - Buritis

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 Invalides, vitima: 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

**DANIEL AQUINO**

Cartório de 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
Av. Antônio Teixeira, 4397 - Ata Branca - Boa Vista/RR  
Fone: (62) 3627-4155  
Definicionada@cartorio2ooficioquino.com.br

1210703-5161867-257dc

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)

YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

Em testemunho, EOLC

De que deu fé: Boa Vista/RR, 28 de junho de 2019.

Consulte o(s) sello(s) abaixo em [cidadao.portalsejor.com.br](http://cidadao.portalsejor.com.br)

RECFIRf66295KHTXQT1GBICEPB886

# 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 médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

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:		CPF:	030.954.312-60
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
autônomo	Rua Antônio P. Galvão	1832	
Bairro:	Cidade:	CEP:	69.300-000
Buritis	Bea Vista	Tel.(DDD):	(19) 98403-5066
E-mail:			
E-mail: ILOIRRRA@HOTMAIL.COM			

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

- RECUZO 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: **23.679** **8**  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

**INVALIDEZ PERMANENTE**  
 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)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) 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:	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:	030.954.312-60
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
autônomo	Rua Antônio P. Galvão	1832	
Bairro:	Cidade:	CEP:	69.300-000
Buritis	Bea Vista	Tel.(DDD):	(19) 98403-5066
E-mail:			
E-mail: ILOIRRRA@HOTMAIL.COM			

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

- RECUZO 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: **23.679** **8**  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

**INVALIDEZ PERMANENTE**  
 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)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) 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:

Buritis

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.309-209

15 - E-mail:

INOIZERR@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(65) 98403-5060

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

 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

 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)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

Nome do BANCO:

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6853

CONTA:

23679

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

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 (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 Lider 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

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

 Sim

31 - Vítima

 Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

 Sim

 Não

33 - Vítima deixou

 Sim

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

 Não

29 - Se vivos:

 Sim

- Falecidos:

 Não

- Vivos:

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

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)

EPC 001 V001/2010

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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, 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

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, 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

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, 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.

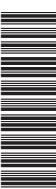
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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



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, 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

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, 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, 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

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:	030.954.312-60
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
autônomo	Rua: Antônio P. Galvão	1832	
Bairro:	Cidade:	CEP:	69.300-000
Buritis	Bea Vista	Tel.(DDD):	(19)98403-5068
E-mail:	E-mail: ILOFRRR@HOTMAIL.com		

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO 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:  
 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.

Local e Data: **Bea Vista - RR, 11/07/19**  
 Nome: **Yan Kennedy Peixoto Soto**  
 CPF: **030.954.312-60**

(\*) Assinatura de quem assina A RODO  
**YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO**  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, 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) Bairro: Cinturão Verde  
Logradouro: R. SÃO CAMILO  
Complemento: CRUZAMENTO COM R. SANTA LUZIA

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 Nº: 66  
Logradouro: R. TV SÃO RAFAEL  
Complemento: CASA  
Bairro: CENTENARIO  
Telefone: (95) 99123-1965 (Celular)

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR )**

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA 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 Policia 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  
Agente de Policia  
Matrícula 042000410  
Responsável pelo Atendimento

Yan Kennedy Peixoto Soto  
[Comunicante]

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderéi responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia 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:		
Profissão:	Enderço:	030.954.312-60	Número:	Complemento:
autônomo	Rua: Antônio P. Galvão	1832		
Bairro:	Cidade:	RR	CEP:	69.300-000
Brasilis	Bea Vista		Tel.(DDD):	(95)98403-5066
E-mail:	ELOFRRR@HOTMAIL.com			

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO 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

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)

AGÊNCIA: **3906**  CONTA: **14847**   
(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 Falecidos: Vítima deixou nasciu (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**

(\*) Assinatura de quem assina A RODO  
**YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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	VIATURA	ÁREA DE ATUAÇÃO	HORÁRIOS	SAÍDA OBM	NO LOCAL	NA UNID. SAÚDE	NA OBM
06/05/17	RDA 0915	<input type="checkbox"/> Leste <input checked="" type="checkbox"/> Oeste		02h 25min	02h 30min	02h 45min	03h 00min

1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

ENDEREÇO: RUA SÃO Camilo  
CIDADE: Boa Vista PONTO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_  
LOCAL DA OCORRÊNCIA:  RESIDÊNCIA  TRABALHO  VIA PÚBLICA  OUTRO: \_\_\_\_\_

CONFERE COM O ORIGINAL  
Em: 31/07/17  
Assinatura: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ BAIRRO: Cidade Verde

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: XAN KEUNEOP *Recover fo* R.G.: 930523-0  
D.N.: 05/02/1977 IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  Masculino  Feminino NECESSIDADES ESPECIAIS:  SIM  NÃO  
ENDEREÇO: Rua SEMIRIO 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 checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais	
<input type="checkbox"/> 3. À voz	<input type="checkbox"/> 4. Confuso	<input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso	
<input type="checkbox"/> 2. À dor	<input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas	<input type="checkbox"/> 4. Reage a dor	
<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./ Gemidos	<input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticacão)	
	<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<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"/> 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanha	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros	
<input type="checkbox"/> 3. À voz	<input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado	<input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso	
<input type="checkbox"/> 2. À dor	<input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente	<input type="checkbox"/> 4. sente dor, mas não retira	
<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Agitação	<input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticacão)	
	<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração)	
		<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	

6. SINAIS VITAIS

PA: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ SpO2: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA:  NÃO  SIM - QUAL (is): \_\_\_\_\_

USO DE MEDICAMENTOS:  NÃO  SIM - QUAIS: \_\_\_\_\_

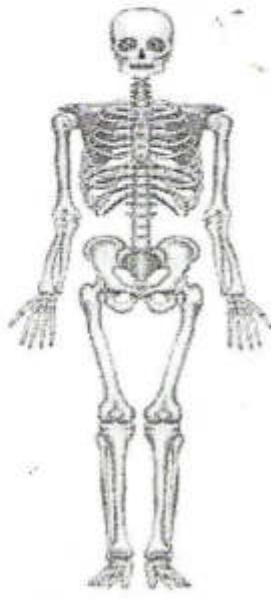
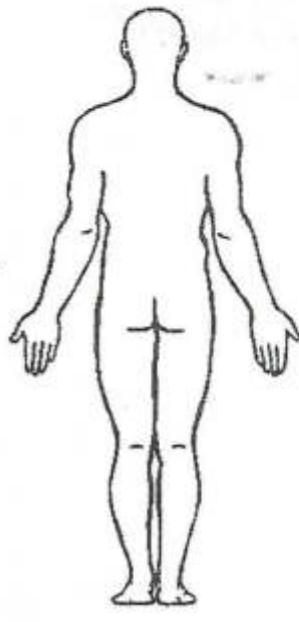
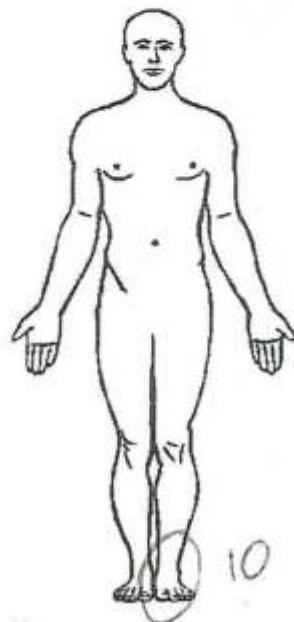
8. CASOS CLÍNICOS

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

## 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 AVULSAÇÃO NO MEMBRO ESQUERDO E PEQUENO E CORRIA SOS 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 _____ Fls           | <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 Antônio                 | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> P.A. Airton 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	ENGENELISTA	SGT ANDREX	SGT Guilherme

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

Assinatura:

Documento de identidade:

Registro do Conselho (CRM, COREN):

Carimbo:

## GRANDE TRAUMA

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



170076-06	06/05/2017 02:47:23	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			NOTURNO 19- 3		
Paciente	YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF /		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	05/02/1997	20 A 3 M 1 D	702606776512049 03095431260		
IDENTIDAD	4305230	SSP RR	25/01/2017	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
Mãe	ANA CARMEM DA SILVA PEIXOTO	Pai	M	SOLTEIRO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR	
Endereço	RUA - CARLOS GOMES DA SILVA - 221 - JARDIM FLORESTA - BOA VISTA - RR	Contato	(95) 21210-589		Ocupação		
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:				
GRANDE TRAUMA	RESGATE		LIZA.MARIE				
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL		
			AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			15	
anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)							
Yrcuna no M I t com Fiebre centro no Dors clav re Bt6 lot + ass ACUodRg							
Hipótese Diagnóstica	Yrcuna M I E						
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
D. libadolina 2gr ev Tlenoxicam 40mg ev Dipirona 750 ev Ttos ml t m Sulco e Cervatina				Dr. Júlio B. P. Ferreira Jr. MÉDICO CRM/RN 1375 06/05/2017	15 JUL 2019 Centro de Cuidados Paliativos CRM/RN 1375		
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>ok pedi</i> Data e Hora da Saída/Alta: / / : /						
Óbito							
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica	/ / : /	

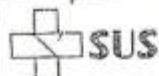
Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

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

15 JUL. 2019





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

157514

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702961061717651200919

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/02/97

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Wane Camara da Silva Peixoto

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Cario Gomes da Silva - 221 - Jardim Escola

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV-RR

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente vítima de acidente de trânsito (motor), apresentando fratura do metatarso do pé esquerdo e

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tra - cirurgico



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

Hist. + exame físico + rx

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

Fratura no 3º e 4º metatarso do pé direito.

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

INTERNAÇÃO

26 - CLÍNICA

ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

temporaria

28 - DOCUMENTO

( ) CNS

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

( ) CPF

Marques

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

M. Rogério MDR

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

06/05/2017

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

DR. M. Rogério Marques

Médico Traumatologista

CRM-RR 13.461-PRP

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

6/5/17

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

6/5/17

0308070079 - 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 Yan Kennedy Pinto Soto 20 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 06/05/2011 COM  
DIAGNÓSTICO DE fract. ob 3-14: MTT +

NO DIA 06/05/2011 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
l'nc + Sua tura por placa e anel Síntese SENDO  
OPERADO PELO DR. Regino Soto E DR.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 08/05/2011 AS \_\_\_\_\_, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 01/06/2011, AS 17h, COM O  
DR. Regino Soto

#### ORIENTAÇÕES GERAIS :

15 JUL. 2019

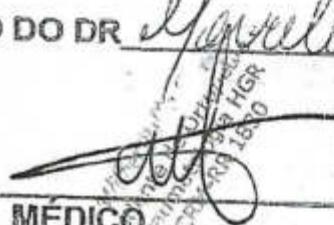
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR Regino Soto

BOA VISTA 08/05/2011

Meri

MÉDICO



# ITAU - 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

Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Enr. 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 impostos autorizada pela SEFAZ 388/13

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.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
-----------	------------	---------------	---------------------

JUNHO/2019	11/07/2019	360	373,63
------------	------------	-----	--------

ILOR 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	KVAh	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		Aparecimento:	24/06/2019

NORMAL

28

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Faz.	Média 12 meses
RÉSIDENCIAL	BI	2207276	N 1519448	1.1.1.2	461
<b>HISTÓRICO kWh</b>					
Mês/ano consumo					
MAI/19 453 CONSUMO 360 A R\$ 0,773664 = 278,51					
ABR/19 438 CORREÇÃO 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 CORREÇÃO MONETARIA IG 03/19-00 13,65					
DEZ/18 419 MULTA POR ATRASO DE I 03/19-00 2,60					
NOV/18 512 MULTA POR ATRASO 03/19-00 0,69					
OUT/18 508 JUROS DE MORA POR ATR 03/19-00 15,16					
SET/18 499 JUROS DE MORA DE IMPO 03/19-00 12,12					
AGO/18 544 ILUMINACAO PÚBLICA 42,05					
TOTAL: 360 A R\$ 0,773664 = 278,51					
0 H 260 - 0,634610					

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**

DEBÉITOS JÁ REVISADOS  
Mes/Ano Valor R\$ Informe existir(em) débito(s) vencido(s) no valor de R\$  
04/2019 777,03 XXXXXX777,03 (sem acrescimos legais) até essa data. Caso os(s) débito(s) já tenham(s) sido paga(s), procurem uma loja de atendimento da Cia de Águas e Energia Roraima com o(s) comprovante(s) de pagamento.

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

RESERVADO AO FISCO 037B.5443.E5F9.49D0.15E4.9A9F.88BB.3A6D

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


**RORAIMA**  
ENERGIA

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR R\$
0108917-0	373,63
MES FATURADO	VENCIMENTO
06/2019	11/07/2019

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

33620000003 9 73630075000 6 00000000168 1 91700619008 1



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, 601 – 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  
Régime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 36B/13

Nº da Nota Fiscal: 003122719  
A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.428 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	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: 000383051512004

CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA	kWh	kWh	ROT: 5.001.12.04.021724
------------------	-----	-----	-------------------------

Atual:	51562	Atual:	24/06/2019
Anterior:	51202	Anterior:	27/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/07/2019
Consumo Médio:	360	Emissão:	19/06/2019
Consumo Faturado:	360	Apresentação:	24/06/2019

NORMAL

28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe Subsídio	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fai

RESIDENCIAL	BI	2207276	N 1519448	1.1.1.2	461
-------------	----	---------	-----------	---------	-----

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	Médiano consumo	CONSUMO	360 A R\$ 0,773664 =
MAI/19	453	CORRECAO MONETARIA DA 03/19-00	278,51
ABR/19	438	CANC-DESC S/MULPARCEL 03/19-00	0,43
MAR/19	505	CANC.DESC. S/JUR.PARCE 03/19-00	4,35
FEV/19	389	CORRECAO MONETARIA IG 03/19-00	4,07
JAN/19	356	MULTA POR ATRASO DE I 03/19-00	13,65
DEZ/18	419	JUROS DE MORA POR ATR 03/19-00	2,60
NOV/18	512	MULTA POR ATRASO 03/19-00	0,69
OUT/18	508	JUROS DE MORA DE IMPO 03/19-00	15,16
SET/18	499	ILUMINACAO PUBLICA	12,12
AGO/18	544		42,05
MÉDIA SOM DE TUDO: 51562 - 360 = 459,62			

#### MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS  
Mes/Ano Valor R\$ 04/2019 777,03

Informações existentes no débito/ST vencidos no valor de R\$ 777,03. Caso existam débitos/ST vencidos (seja) até esta data, Caso os débitos/ST já tenham sido pagos, procure uma agência de atendimento da Eletrábras Distribuição Roraima com o(s) comprovante(s) de pagamento.

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

RESERVADO AO FISCO: D37B.5443.E5F9.49D0.15E4.9A9F.88BB.3A60

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 149,97	Base de Cálculo: 278,51
Energy: 0,00	Aliquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 7,79	Valor do ICMS: 47,34
Encargos: 50,03	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

 RORAIMA  
ENERGIA

SELLO/CÓDIGO: 0108917-0	TOTAL A PAGAR - R\$: 373,63
MÊS FATURADO: 06/2019	VENCIMENTO: 11/07/2019
003122719 FCAM	

Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez 601 – Centro – Boa Vista – RR  
CNPJ 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

836200000003 9 73630075000 6 003122719 1 91700610008 1



SEQ.: 00076 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