
Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190566385

Vítima: ERIVAN PEIXOTO VIEIRA

Data do Acidente: 22/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ERIVAN PEIXOTO VIEIRA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 22/12/2017, emitido pelo Dr. TIAGO MENDONÇA DIAS CRM nº 1883 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

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: 518.334.142-91 Nome completo da vítima: Eivan Peixoto Vieira

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

Nome completo: EIVAN PEIXOTO VIEIRA CPF: 518.334.142-91

Profissão: Administrador Endereço: Rua C-5-02 Número: 334 Complemento:

Bairro: Joquei Clube Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.313-162

E-mail: elivao@hotmail.com Tel. (DDD): 9599154-4282

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: 5076 8 CONTA: 2866 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

03 OUT. 2019

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
Vivos: Falecidos:

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.

Local e Data: Boa Vista-RR, 12 de setembro de 2019
Nome: Eivan Peixoto Vieira
CPF: 518.334.142-91

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | 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.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003957/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/02/2019 10:47 Data/Hora Fim: 18/02/2019 11:02
Origem: Polícia Judiciária Data: 18/02/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 22/12/2017 23:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Centenário

Bairro: Cinturão Verde

Ponto de Referência: Semáforo do Supermercado São Jorge
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ERIVAN PEIXOTO VIEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: AM - Manaus	Sexo: Masculino	Nasc: 31/01/1981
Profissão: Administrador		Escolaridade: Ensino Superior Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Marilena Cardoso Peixoto		Nome do Pai: Raimundo Nonato Vieira	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 518.334.172-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA CJ-02
Complemento: Casa
Bairro: Joquei Clube
Telefone: (95) 99125-8707 (Celular)

Nº: 534

03 OUT. 2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 518.334.172-91	Placa NAL9706
Renavam 00214265790	Número do Motor KD05E2A047625
Número do Chassi 9C2KD0520AR047625	Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS MIX ES
Modelo HONDA/NXR150 BROS MIX ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 29/12/2016	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003957/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Erivan Peixoto Vieira	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 00751620048), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando trafegava conduzindo a motocicleta de sua propriedade também já descrita. Quando um veículo invadiu o sinal vermelho, ocasionando uma colisão. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido pelo SAMU até o HGR. Que a condutora do veículo ocasionador permaneceu no local até o seu resgate, não sabendo informar as características do veículo e nem da condutora. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.**

ASSINATURAS

Jefferson Inácio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat. 047004908

Jefferson Inácio Araujo
Responsável pelo Atendimento

DAT

FEV. 2019

Erivan Peixoto Vieira

Erivan Peixoto Vieira
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima prestadas e ciente que poderei 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."

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

03 OUT. 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: 518.334.142-91 Nome completo da vítima: Erivan Peixoto Vieira

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

Nome completo: ERIVAN PEIXOTO VIEIRA CPF: 518.334.142-91
Profissão: Administrador Endereço: Rua C5-02 Número: 334 Complemento: _____
Bairro: Joquei Clube Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.313-162
E-mail: leixxx@hotmail.com Tel.(DDD): 95 99154-4282

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: 5046 8 CONTA: 2866 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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.

03 OUT. 2019

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
Vivos: _____ Falecidos: _____

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: Boa Vista-RR, 12 de setembro de 2019
Nome: Erivan Peixoto Vieira
CPF: 518.334.142-91

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | 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.

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3373929

ERIVAN PEIXOTO VIEIRA

R. CJ 2, 534 ,

JOQUEI CLUBE

69313162 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1412256	MÊS 07/2019	PERÍODO DE CONSUMO 19-JUN-19 a 22-JUL-19
CONSUMO (kWh) 50	VENCIMENTO 12-AUG-19	TOTAL A PAGAR R\$ 63,76

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

.autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1412256	MÊS 07/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 63,76
-------------------------	----------------	----------------------------

836800000009.637600750003.000000001412.225607190058



03 OUT. 2019

03 OUT. 2019



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223-

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2419388

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089153	02/2019	25-JAN-19 a 22-FEB-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
237	11-MAR-19	R\$ 229,20

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair Inácio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.091.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Erivan Peixoto Vieira inscrito (a) no CPF sob o Nº 518.334.172 / 91
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Erivan Peixoto Vieira
inscrito (a) no CPF sob o Nº 518.334.172 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R. Antônio Pinheiro Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILAIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 98403-5060</u>

Local e Data: Boa Vista-RR, 03 de outubro de 2019.

Assinatura do Declarante

03 OUT. 2019

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



1700883723		22/12/2017 01:08:18		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 6	
Paciente ERIVAN PEIXOTO VIEIRA		Data Nascimento 31/01/1981		Idade 36 A 10 M 22 D		CNS 703405349408300	
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor Data Emissão		Sexo M		Estado Civil SOLTEIRO(A) PARDAS BOA VISTA - RR	
Mãe MARILENE CARDOSO PEIXOTO		Endereço RUA - CARMELO - 1890 - NOVA CANAA - BOA VISTA - RR		Contato (95) 99125-8707		Nacionalidade BRASILEIRA	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada RESGATE		Procedimento Sol.		Temp. Peso Pressão	
Queixa Principal				☒ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL 15	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)							
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares							
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
Conduta							
óbito							
Assinatura do Paciente ou Responsável							
Impresso por: eloyane.gomes							
Data Hora: 22/12/2017 01:08:59							

AMARELO

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



1700885559		26/12/2017 16:12:50		FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA		DIURNO 07-19		254	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
ERIVAN PEIXOTO VIEIRA		31/01/1981		36 A 10 M 26 D		703405349408300		51833417291	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
								M	
Mão		Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade		Nacionalidade	
MARILENA CARDOSO PEIXOTO		SOLTEIRO(A)		PARDA		BOA VISTA - RR		BRASILEIRA	
Endereço		Pai		Contato		Ocupação			
RUA - CARMELO - 1890 - NOVA CANAA - BOA VISTA - RR		RAIMUNDO NONATO VIEIRA		(95) 99125-8707		ADMINISTRADOR			
Class. de Risco		Plano Convênio		N° da Carteira		Validade		Autorização	
AMARELO		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
SPA - PRONTO ATENDIM		URGÊNCIA						36.60	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:		Pressão	
PRONTO ATENDIMENTO		DEMANDA ESPONTANEA				WESLEEN.ROCHA		130 x 90	
Queixa Principal									
DOR INTENSA EM COSTELA ESQ., (RELATA ACIDENTE DE MOTO HA 5 DIAS)									
Anamnese de Enfermagem									
NEGA: HAS, DM e ALERGIA									
GSC									
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6									
TOTAL									
15									
Anamnese - (HORA DA CONSULTA 17:25 h)									
Dor costal a' esq. após trauma há 05 dias.									
Exame Físico									
Dor costal aos movimentos.									
Hipótese Diagnóstica									
Trauma costal									
SADT - Exames Complementares									
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:									
PRESCRIÇÃO									
Dipirona 0,1g IM 12h									
APRAZAMENTO									
OBSERVAÇÃO									
Condução									
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☐ Transferência para:									
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									
Impresso por: michaele.santos									
Data Hora: 26/12/2017 16:25:14									
1700885559									

18:00

1) Dor em abdô / cost (E)

Trauma no - Solis -

MUO S/KA Biotrol

Prontuário: S/alterações

HD: Trauma Torácico

CD: AAAZ gástrico + AZTA e Orientação


Dr. Tiago Mendonça Dias
Médico
CRM-RR 1883

03 OUT. 2019



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE: Nilton / CASARIMPaciente: ERIVAN PEIXOTO VIEIRAIdade: 36 Sexo: ☒ M ☐ FNacionalidade: BRAZILEIRO Raça: ☒ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-EtniaEndereço: AV. CENTENÁRIOPonto de referência: S.P. SÃO JORGEhorário da Fato às 23:30

CHAMADA

Nº da Ocorrência: 20617 DATA: 22/12/17

ACIONAMENTO:

Médico (a) Regulador (a): ELADIO

HORA CHEGADA NO LOCAL (J/10):

MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO ☐ OUTROS

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	MOTO/BICICLETA	VIOLENCIA	OUTROS
☐ Airopelamento	☐ Uso do cinto ☐ SIM ☐ NÃO	☐ Agressão Física	☐ Acidente de Trabalho
☐ Capotamento	☐ Vítima projetada	☐ Espancamento	☐ Local ☐ Trajeto
☐ Colisão X	☐ Vítima encarcerada	☐ FAB	☐ Queda, Alt. Aprox.
☐ Motorista	☐ Air Bag	☐ FAF	☐ Acidente Doméstica
☐ Passageiro Dianteiro	☐ Acidente com moto X <u>CARRO</u>	☐ Tentativa de suicídio	☐ Queimadura Agente
☐ Passageiro Traseiro	☐ Queda de moto	☐ Violência Doméstica	☐ Agressão p/ anim
	☐ Com capacete	☐ Violência Sexual	☐ Outros:
	☐ Sem capacete		
	☐ Bicicleta		
	☐ queda de Bicicleta		
	☐ condutor		
	☐ passageiro		

AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
☐ Apneia	☐ Apólia	☐ Arritmico	☐ AVDN
☐ Bradpneia	☐ Ferida Aspirativa	☐ Ausente	☐ DNV
☐ Dispneia	☐ Hipertimpanismo	☐ Bradicardia	☐ Miose
☐ Eupneico	☐ M.V. Ausente	☐ Enchimento capilar > 2s	☐ Midriase
☐ Obstruída	☐ M.V. Diminuído	☐ Taquicardia	☐ Ansocaria
☐ Resp. Ruidosa	☐ Maciez		☐ Alcoolizado
☐ Taquipneia			

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O: %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR
Início	<u>120/80</u>	<u>128</u>	<u>20</u>	<u>98</u>	<u>°C</u>			
Fim	<u>1</u>				<u>°C</u>			

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
☐ Cianótica	☐ Afundamento	☐ Contusão	☐ Desvio da traqueia	☒ Escoriações	☐ Distendido
☐ Corada	☐ Contusão	☐ Escoriações	☐ Enfisema Sub-Cutâneo	☐ Lacerações	☐ Doloroso
☐ Fria	☐ Escoriação	☐ Lacerações	☐ Escoriações	☐ Resp. paradoxal	☐ Em tábua
☐ Pálida	☐ Fer. Penetrante	☐ Ferimento	☐ Hematoma	☐ Tamponamento	☐ Escoriações
☐ Quente	☐ Hematoma	☐ Ferimento ocular	☐ Lacerações	☐ Tórax instável	☐ Evisceração
☐ Úmida ☐ Seca	☐ Laceração				☐ Lacerações
Peixe	Coluna Dorsal	Membros			
☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Fratura		
☐ Escoriações	☐ Hematoma	☐ Escoriações	☐ Ampulação		
☐ Dor	☐ Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa	☐ Lacerações	☐ Esmagamento		
☐ Instabilidade	☐ Deformidade	☐ Luxações	☐ Avulsão		

AVALIAÇÃO CARDIACA

AVALIAÇÃO CARDIACA	AFEÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
☐ Ritmo Sinusal	☐ Cardiovascular	☐ Alergias
☐ Taquicardia	☐ Metabólica	☐ Cardiopatia
☐ Bradicardia	☐ Neurológica	☐ Diabetes
☐ Flutua	☐ Psiquiátrica	☐ HAS
	☐ Respiratória	☐ Sequela AVC
		☐ Aborto
		☐ Digestiva
		☐ Infeciosa
		☐ Obstétrica
		☐ Pediátrica

GRAVIDADE COMPROVADA

☐ ILESO ☒ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA

INCIDENTE

INCIDENTE		MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS	
☐ Cancelamento	☐ Recusa de Atendimento	☐ Polícia Militar	☐ Guarda Municipal
☐ Não se encontra no local	☐ Recusa de hospitalização	☐ SMTRAN	☐ Bombeiro
☐ Trote	☐ Bombeiro no local	☐ PRF	☐ DETRAN

RCP

☐ Iniciada as:	☐ RCP com sucesso	☐ RCP Não realizado
☐ Término as:	☐ RCP sem sucesso	OBS:

03 OUT. 2019

DESTINO

☐ Atendido no local	☐ Grande Trauma - GT	☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS	☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
☐ Pronto Atendimento - PAAR	☐ Hosp. Coronel Mota - HCM	☐ Hosp. Santo Antônio - HC SA	☐ Hosp. Lotte Iris - HLI
		☐ HMINSN	☐ Outros

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro
(Unidade de Destino)

17/10/2019

CIEPA ENTRE O DO

TERMO DE RECUSA E

Descrição: _____

Nome do Receptor: _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: _____

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

CONFERE COM O ORIGINAL

GESTANTE

G p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

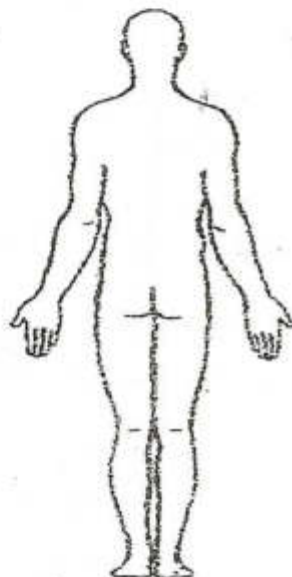
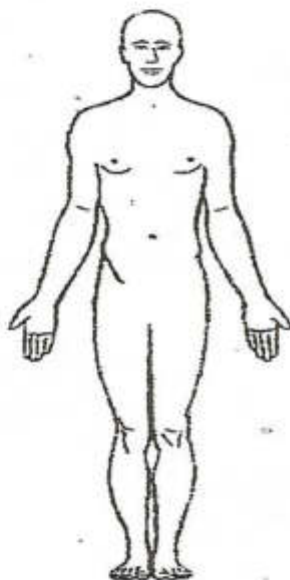
☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

03 OUT. 2019

Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Seu resposta	1 ponto
Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
	Extensão (descerebração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Seu resposta	1 ponto

TOTAL DE PONTOS



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente vítima de A.A. carro x moto
conduzida de modo aborrecido pela equipe em
via pública. Referindo dor localizadas em Hemitórax Esq. Deambulante. O mesmo afirma que
o carro passou por cima do MIE. Perfuração
presumida. Realizado curativos e aferidos
SVU. Comunicado a Regulação e
encaminhado ao Grande Tórax conforme
a Regulação Médica.

CONFERE COM O ORIGINAL

Neuza Marcelina da Silva

174000375

07/02/2019

Assinatura e carimbo do profissional

03 OUT. 2019

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG (BRASIL) 114807 SSP RR

CPF 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO 07/04/1978

RELACAO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSAO ACC CATANAB AD

VALIDADE 29/01/2020

INABILITACAO 15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL BOA VISTA - ROFAIMA

DATA DE EMISSAO 30/01/2015

92485240616
RR207968020

ASSINATURA DO EMISOR

PROIBIDO PLASIFICAR 980151096

VALIDA EM TODOS O TERRITORIO NACIONAL 980151096

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190566385 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVAN PEIXOTO VIEIRA **Data do acidente:** 22/12/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO TORÁCICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.3
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190566385 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVAN PEIXOTO VIEIRA **Data do acidente:** 22/12/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO TORÁCICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.3
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Enivan Peixoto Vieira
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	ADMINISTRADOR
IDENTIDADE:	162626 SSP/PR
ENDEREÇO:	RUA C502 Nº 534 JARDIM ELITE

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua Antônio Pinheiro 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: ____/____/____, cobertura _____, vítima: _____.

BOA VISTA 12 de Fevereiro 2019

LOCAL E DATA



Enivan Peixoto Vieira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Adalberto Teixeira, 4327 - Ass. Residencial - Boa Vista/RR
Fone: (68) 3627-4100
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
1. ENIVAN PEIXOTO VIEIRA

84.466

Em testemunho da verdade, LFS
Do que dou fé, Boa Vista/RR, 12 de fevereiro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: cidades.portalcelm.com.br
RECPIR1582964AAQ0H1PTAC2J312/

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundus: R\$ 0,55 Total: R\$ 3,00

Ilair Inácio de Souza
Ilair Inácio de Souza
Escritor Autorizada

03 OUT. 2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0343848/19

Vítima: ERIVAN PEIXOTO VIEIRA

CPF: 518.334.172-91

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERIVAN PEIXOTO VIEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
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

ERIVAN PEIXOTO VIEIRA : 518.334.172-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/10/2019
Nome: ERIVAN PEIXOTO VIEIRA
CPF: 518.334.172-91

ERIVAN PEIXOTO VIEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190566385

Vítima: ERIVAN PEIXOTO VIEIRA

Data do Acidente: 22/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERIVAN PEIXOTO VIEIRA

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