

## Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

**Operação realizada com sucesso. Protocolo:**  
**2645394120200226101227**

### Processo 0804371-30.2020.8.23.0010 ☆ - (15 dia(s) em tramitação)

**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário

**Assunto Principal:** 9597 - Seguro

**Nível de Sigilo:** Público

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

#### Realces

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

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

#### Filtros

**Movimentado Por:**  Advogado  Defensor Público  Entidades Remessa  Magistrado  Procurador  Servidor

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

**Descrição:** \_\_\_\_\_

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág.

1

| Seq.                     | Data | Evento                        | Movimentado Por   |
|--------------------------|------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 9    | 26/02/2020 10:12:27           | <b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>  |
|                          |      |                               | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO<br><b>Procurador</b>   |
|                          | 9.1  | Arquivo: Petição              | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO<br>2696576CONTESTACAOPROTOCOLADA01.pdf<br>Público  |
|                          | 9.2  | Arquivo: DOCS                 | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO<br>2696576CONTESTACAOPROTOCOLADAAnexo02.pdf<br>Público   |
|                          | 9.3  | Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO<br>KITSEGURADORALIDER.pdf<br>Público   |
|                          | 8    | 24/02/2020 00:05:34           | <b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b><br>(Pelo advogado/curador/defensor de YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO) em 27/02/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (12/02/2020) e ao evento de expedição seq. 7. |
|                          | 7    | 13/02/2020 12:37:33           | <b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b><br>Para advogados/curador/defensor de YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (12/02/2020)  |
|                          | 6    | 12/02/2020 11:34:06           | <b>CONCEDIDO O PEDIDO</b>   |
|                          | 5    | 10/02/2020 16:29:43           | <b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>   |
|                          | 4    | 10/02/2020 16:29:43           | <b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>   |
|                          | 3    | 10/02/2020 16:29:43           | <b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b><br>Registro de Distribuição   |
|                          | 2    | 10/02/2020 16:29:43           | <b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b><br>4ª Vara Cível   |
| <input type="checkbox"/> | 1    | 10/02/2020 16:29:42           | <b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>  |
|                          |      |                               | Thiago Amorim Dos Santos<br><b>Advogado</b>   |



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo:** 08043713020208230010

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

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

### **CONTESTAÇÃO**

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

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **06/05/2017**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 28/06/2019.**

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 675.00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

## PRELIMINARMENTE

### DA TEMPESTIVIDADE

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

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

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

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

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

## DO MÉRITO

### DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

**Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 28/06/2019 após 02 ANOS E 01 MÊS da data do alegado acidente noticiado.**

**Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.**

**Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 06/05/2017, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.**

**Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!**

---

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

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

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

**Não há justificativa para delonga tão grande**, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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

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

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

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

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

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

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 675.00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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

---

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



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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 675.00 (seiscentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **06/05/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 675.00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**.

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

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

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

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

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

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

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

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

---

<sup>4</sup> RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 675.00 (SEISCENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

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

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

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

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

### **CONCLUSÃO**

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

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

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

---

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

<sup>7</sup> **art. 1º . (...)**

**§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.**

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

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

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

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 14 de fevereiro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

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



## QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexu de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08043713020208230010.

Rio de Janeiro, 14 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0711231 (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 conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Ilmar Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Yam Kennedy Peixoto Soto (a) no CPF sob o Nº 030.954.312 / 60 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez do Yam Kennedy Peixoto Soto inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.954.312 / 60.  
As seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações, 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 informado anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

|   |                             |                         |   |
|---|-----------------------------|-------------------------|---|
| Endereço<br><u>Rua: Antonio Pinheiro Galvão</u> |                             | Número<br><u>1832</u>   | Complemento                                     |
| Bairro<br><u>Buritis</u>                        | Cidade<br><u>Bica Vista</u> | Estado<br><u>RR</u>     | CEP<br><u>69.309.209</u>                        |
| Email<br><u>Ilmar@hotmail.com</u>               |                             | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD)<br><u>(95)99154-4282</u> |

Bica Vista - RR, 10 de julho de 2019  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

**15 JUL. 2019**

### Declaração do Proprietário do Veículo

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

Veículo: MOTO CICLETA

Modelo: HONDA / CG 150 FAN ESI

Ano: 2012 / 2012

Placa: NUK - 6738

Chassi: 9C2KC1670CR580269

Data do Acidente: 06/05/2017

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



Alice Lima da Silva  
Assinatura do Declarante

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

**DANIEL AQUINO**  
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
Av. São João, 4507 - São Branca - Boa Vista/RR  
Fone: (93) 3427-4100  
daniel@boavistaoficiodetabeliães.com.br

123.725

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
de ALCICE LIMA DA SILVA

15 JUL 2019

Valor do Documento: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,45 Total: R\$ 4,50

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: 7-05  
 REG. DE REFERÊNCIA:

|                |                   |   |          |                  |                     |                           |                   |
|----------------|-------------------|---|----------|------------------|---------------------|---------------------------|-------------------|
| DATA: 06/05/17 | VIATURA: RDA 0915 | ÁREA DE ATUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Leste <input checked="" type="checkbox"/> Oeste | HORÁRIOS | SAÍDA: 02h 25min | NO LOCAL: 02h 30min | NA UNID. SAÚDE: 02h 19min | NA OBM: 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:

**2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA**

NOME: VAN KENNEDY REXO TO R.G.: 430523-0  
 D.N.: 05/02/1972 IDADE: SEXO:  Masculino  Feminino NECESSIDADES ESPECIAIS:  SIM  NÃO  
 ENDEREÇO: RUA OSEMIRO GOMES DA SILVA N 221 BAIRRO: Jd Floresta  
 CIDADE: BOA VISTA Telefone:

**3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO**

Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso o atendimento da equipe de resgate e de ser transportado, para avaliação médica.  
 O paciente/vítima recusou assinar o Termo de Recusa de Atendimento.

Assinatura do paciente/vítima: \_\_\_\_\_ RG N°: \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_\_  
 Testemunha: \_\_\_\_\_ RG N°: \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_\_  
 Testemunha: \_\_\_\_\_ RG N°: \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_\_

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

| Abertura Ocular  | Resposta Verbal   | Resposta Motora  | Total     |
|--|---|--|-----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea<br><input type="checkbox"/> 3. À voz<br><input type="checkbox"/> 2. À dor<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma | <input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado<br><input type="checkbox"/> 4. Confuso<br><input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas<br><input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./ Gemidos<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma | <input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais<br><input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso<br><input type="checkbox"/> 4. Reage a dor<br><input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação)<br><input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração)<br><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<br><input type="checkbox"/> 3. À voz<br><input type="checkbox"/> 2. À dor<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma | <input type="checkbox"/> 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanha<br><input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado<br><input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente<br><input type="checkbox"/> 2. Agitação<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma | <input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros<br><input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso<br><input type="checkbox"/> 4. sente dor, mas não retira<br><input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação)<br><input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração)<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma | ____ Pontos |

**6. SINAIS VITAIS**

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

**7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA**

ALERGIA:  NÃO  SIM - QUAL (is): \_\_\_\_\_  
 USO DE MEDICAMENTOS:  NÃO  SIM - QUAIS: \_\_\_\_\_

**8. CASOS CLÍNICOS**

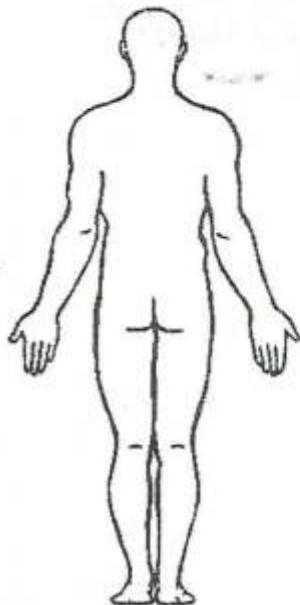
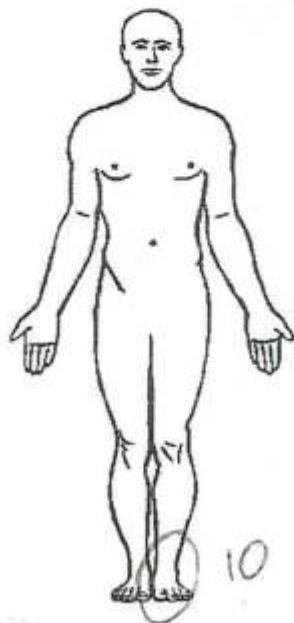
|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Emerg. Cardíaca     | <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Trabalho de parto  | <input type="checkbox"/> Choque anafilático         | <input type="checkbox"/> Alcoolismo               |
| <input type="checkbox"/> Crise hipertensiva  | <input 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-hospitalar  |
| <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/ampul.   | <input type="checkbox"/> OVACE                  | <input type="checkbox"/> Emerg. produtos perigosos |
| <input type="checkbox"/> Agressão sexual                 | <input type="checkbox"/> Ferimento Esmagamento      | <input type="checkbox"/> Vit. de soterramento   | <input type="checkbox"/> Outros: _____             |

**10. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS**



legenda:

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



**11. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

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

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

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

Aos cuidados de: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**13. UNIDADE DE SAÚDE**

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

**14. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE**

- Crítico       Instável       Estável

**15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

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

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

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



GRANDE TRAUMA

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



Alta 06.05.17

17007206 06/05/2017 02:47:23 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 3

Paciente: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO  
Data Nascimento: 05/02/1997 Idade: 20 A 3 M 1 D CNS: 702606776512049 CPF: 03095431260 Prontuário: 1573  
Tipo Doc: Documento: IDENTIDADE 4305230 Órgão Emissor: SSP RR Data Emissão: 25/01/2017 Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Raça/Cor: PARDA Naturalidade: BOA VISTA - RR  
Mãe: ANA CARMEM DA SILVA PEIXOTO Pai: ANTONIO RODRIGUEZ SOTO Contato: (95) 21210-589  
Endereço: RUA - CARLOS GOMES DA SILVA - 221 - JARDIM FLORESTA - BOA VISTA - RR Ocupação:

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO  
Setor: GRANDE TRAUMA  
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA  
Tipo de Chegada: RESGATE  
Profissional do Atend.:  
Procedência:  
Temp.:  
Peso:  
Pressão:  
Procedimento Sol.:  
Registrado por: LIZA.MARIE

Queixa Principal:  Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

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

anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)  
Trauma no M I E com Ferimentos centrais no Dorso da Pele

Exame Físico: BTG LOTF AAA ACU e APG

Hipótese Diagnóstica: Trauma M I E

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

PRESCRIÇÃO: 1) Dipalutina 2g EV 2) Fleroxacin 40mg EV 3) Dipirona 2g EV 4) FOS ml 5) Solução e Curativos  
APRAZAMENTO: OBSERVAÇÃO:  
Dr. Liza Marie  
MÉDICA CRM RR 1375  
06 Maio 2017

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

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

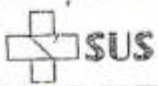
Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico

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

15 JUL. 2017







Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

157514

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702961016776511201919

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/02/97

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Yvone Campos da Silva Peixoto

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Carla Gomes da Silva - 221 - Jardim Esmeralda

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV-PR

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima acidente de trânsito (carro), apresentando fratura do METATARSO 3º e 4º pé esquerdo.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO - cirúrgico

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

Hist. + exame físico + rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

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

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

M. Rogério M.D.

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

06/05/2017

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

Dr. Rogério M.D.  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

06/05/17

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

0308070019 - 1068  
V299 5923





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

PACIENTE Yon Kennedy Demoto Soto 70 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 06/05/2019 COM  
DIAGNÓSTICO DE fract. op 3-14-MTT +

NO DIA 06/01/2019 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
MC + sutura por plano anatomico SENDO  
OPERADO PELO DR. Regino Dias E DR. \_\_\_\_\_

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 08/05/2019 AS \_\_\_\_\_ EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 01/06/2019 AS 17h COM O  
DR. Regino Dias

**ORIENTAÇÕES GERAIS :**

15 JUL. 2019

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Marcelo Aquino

BOA VISTA, 08/05/2019

Meri

MÉDICO

14 Jul 2019  
Certifico e o  
cópia e  
[Signature]

15 JUL 2019



YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO  
2954773 0040 RR  
201.73640.75-8



**YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO**

FILIAÇÃO.....: ANTONIO RODRIGUEZ SOTO  
ANA CARMEM DA SILVA PEIXOTO  
NASCIMENTO.....: 05/02/1997 SEXO: MASCULINO  
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR  
DOCUMENTO.....: R.G. 430523-0-SESP RR 31062/2011  
LEI Nº 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1995  
CPF.....: 030.954.312-80 CNH.....:  
TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:  
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTERR - 09/04/2013



15 JUL. 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG. ESTADUAL  
114807 SSP RR

CPF  
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO  
07/04/1978

FRACAO  
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

CONJUGA  
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

TITULO

PERMISSAO

ACC

CAEJUB  
AB

Nº REGISTRO  
01101912304

VALIDADE  
28/01/2020

HABILITACAO  
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO FUNDADOR

LOCAL  
BOA VISTA - BOA VISTA

DATA DE EMISSAO  
30/01/2015

92485240616  
RR207968020

980151096

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190428541

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

**Data do acidente:** 06/05/2017

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

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

**Data da análise:** 16/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS            | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado  | Indenização pelo dano |
|--|--|--|------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos pés | 50 %   | Em grau residual - 10 %                              | 5%         | R\$ 675,00            |
|  |  | <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 5 SP IRR                    |
| ENDEREÇO:      | Rua: Antônio P. Galvão, 1832, Curitiba |

OUTORGADO

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

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 06 / 05 / 2014 cobertura Invalidez, 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 do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
Av. Assis Toledo, 4387 - Ara Horta - Boa Vista - PR  
Fone: (41) 3627-4100  
daniel@boavista2cartorioaquino.com.br

121070\_5d1618b7c5dc  
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
de YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

Em testemunho da verdade, EOLC  
Do que dou fé, Boa Vista-PR, 28 de junho de 2019.  
Consulte a(s) selo(s) abaixo em [cidadeoportalelor.com.br](http://cidadeoportalelor.com.br)  
REC/FIR169295KHTXQT1GBICEP886/

121.070  
Firma Certificada e Autenticada  
Reconhecimento Autorizado

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238479/19

**Vítima:** YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

**CPF:** 030.954.312-60

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

**Data do acidente:** 06/05/2017

**Titular do CPF:** YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

### YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO : 030.954.312-60

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MANOEL COELHO NETO



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.com Tel.(DDD): 195198403-5060

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

**RENDA MENSAL:**

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

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

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 03.679 8 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

**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 pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ nascituro (vai nascer)?  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: Bea Vista - RR 11/08/19

Nome: Yan Kennedy Peixoto Soto

CPF: 030.954.312-60

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_

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

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.com Tel.(DDD): 195198403-5060

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

**RENDA MENSAL:**

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

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

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 03.679 8 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

**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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

Nome: Yan Kennedy Peixoto Soto

CPF: 030.954.312-60

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_

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

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



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: Buzitã 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.309-209  
 15 - E-mail: FLOPPER@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95) 98403-9060

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 6953 CONTA: 23679 8 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 09/10/2020

X Yan Kennedy Peixoto Soto  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

---

**Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190428541**

**Vítima: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO**

**Data do Acidente: 06/05/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190428541**

**Vítima: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO**

**Data do Acidente: 06/05/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190428541**

**Vítima: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO**

**Data do Acidente: 06/05/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





---

**Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190428541**

**Vítima: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO**

**Data do Acidente: 06/05/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190428541**

**Vítima: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO**

**Data do Acidente: 06/05/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO**

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

|                  |            |
|------------------|------------|
| Multa:           | R\$ 0,00   |
| Juros:           | R\$ 0,00   |
| Total creditado: | R\$ 675,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =

R\$ 675,00

Recebedor: **YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **341**

Agência: **000006953**

Conta: **0000023679-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](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: 030.954.312-60 Nome completo da vítima: Yan Kennedy Peixoto Soto

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

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

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

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

E-mail: ILOIERRR@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): 19398403-5066

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: 3906 CONTA: 14847 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.

**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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Bea Vista - RR 11/07/19

Nome: Yan Kennedy Peixoto Soto

CPF: 030.954.312-60

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019356/2019

DADOS DO REGISTRO

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

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

Local do Fato

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

Bairro: Cinturão Verde

Tipo do Local: Via Pública

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

Motivação

Outros

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO (COMUNICANTE)

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

Documento(s)

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

Endereço

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

Nº: 66

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

15 JUL. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019356/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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

RELATO/HISTÓRICO

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

ASSINATURAS

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

Yan Kennedy Peixoto Soto  
[Comunicante]

\*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.\*

15 JUL 2019





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

E-mail: ELIERRR@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (95)98403-5066

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

**RENDA MENSAL:**

RECLUSO 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: 3906 CONTA: 14847 0 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.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  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 pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ nascituro (vai nascer)?  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 ROGO

+ YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

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

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



1406-17



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



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

|                |                   |   |          |                  |                     |                           |                   |
|----------------|-------------------|---|----------|------------------|---------------------|---------------------------|-------------------|
| DATA: 06/05/17 | VIATURA: RDA 0915 | ÁREA DE ATUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Leste <input checked="" type="checkbox"/> Oeste | HORÁRIOS | SAÍDA: 02h 25min | NO LOCAL: 02h 30min | NA UNID. SAÚDE: 02h 19min | NA OBM: 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:

**2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA**

NOME: VAN KENNEDY REXO TO R.G.: 430523-0  
D.N.: 05/02/1972 IDADE: SEXO:  Masculino  Feminino NECESSIDADES ESPECIAIS:  SIM  NÃO  
ENDEREÇO: RUA OSEMIRO GOMES DA SILVA N 221 BAIRRO: Jd Floresta  
CIDADE: BOA VISTA Telefone:

**3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO**

Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso o atendimento da equipe de resgate e de ser transportado, para avaliação médica.  
 O paciente/vítima recusou assinar o Termo de Recusa de Atendimento.

Assinatura do paciente/vítima: \_\_\_\_\_ RG N°: \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_\_  
Testemunha: \_\_\_\_\_ RG N°: \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_\_  
Testemunha: \_\_\_\_\_ RG N°: \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_\_

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

| Abertura Ocular  | Resposta Verbal   | Resposta Motora  | Total     |
|--|---|--|-----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea<br><input type="checkbox"/> 3. À voz<br><input type="checkbox"/> 2. À dor<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma | <input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado<br><input type="checkbox"/> 4. Confuso<br><input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas<br><input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./ Gemidos<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma | <input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais<br><input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso<br><input type="checkbox"/> 4. Reage a dor<br><input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação)<br><input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração)<br><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<br><input type="checkbox"/> 3. À voz<br><input type="checkbox"/> 2. À dor<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma | <input type="checkbox"/> 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanha<br><input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado<br><input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente<br><input type="checkbox"/> 2. Agitação<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma | <input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros<br><input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso<br><input type="checkbox"/> 4. sente dor, mas não retira<br><input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação)<br><input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração)<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma | ____ Pontos |

**6. SINAIS VITAIS**

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

**7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA**

ALERGIA:  NÃO  SIM - QUAL (is): \_\_\_\_\_  
USO DE MEDICAMENTOS:  NÃO  SIM - QUAIS: \_\_\_\_\_

**8. CASOS CLÍNICOS**

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

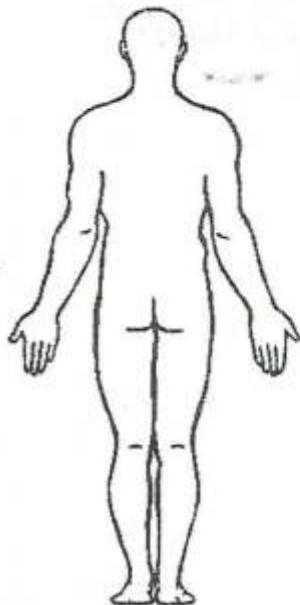
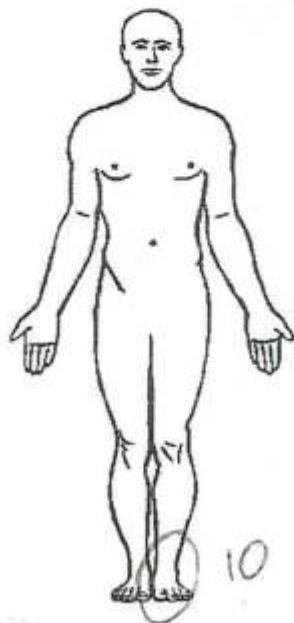
15 JUL. 2019



**9. ORIGEM DO TRAUMA**

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

**10. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS**



legenda:

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



**11. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

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

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

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

Aos cuidados de: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**13. UNIDADE DE SAÚDE**

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

**14. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE**

- Crítico       Instável       Estável

**15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

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

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

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



GRANDE TRAUMA

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



Alta 06.05.17

170078 06/05/2017 02:47:23 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 3

Paciente: YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO  
Data Nascimento: 05/02/1997 Idade: 20 A 3 M 1 D CNS: 702606776512049 CPF: 03095431260 Prontuário: 1573  
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSP RR Data Emissão: 25/01/2017 Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Raça/Cor: PARDA Naturalidade: BOA VISTA - RR  
Mãe: ANA CARMEM DA SILVA PEIXOTO Pai: ANTONIO RODRIGUEZ SOTO Contato: (95) 21210-589  
Endereço: RUA - CARLOS GOMES DA SILVA - 221 - JARDIM FLORESTA - BOA VISTA - RR Ocupação:

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO  
Setor: GRANDE TRAUMA  
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA  
Tipo de Chegada: RESGATE  
Profissional do Atend.:  
Procedência:  
Temp.:  
Peso:  
Pressão:  
Procedimento Sol.:  
Registrado por: LIZA.MARIE

Queixa Principal:  Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

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

anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)  
Trauma no M I E com Ferimentos centrais no Dorso da Pele

Exame Físico: BTG LOTF AAA ACU e APG

Hipótese Diagnóstica: Trauma M I E

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

PRESCRIÇÃO: 1) Dipalutina 2g EV 2) Fleroxacin 40mg EV 3) Dipirona 2g EV 4) FOS ml 5) Solução e Curativos  
APRAZAMENTO: OBSERVAÇÃO:  
Dr. Liza Marie  
MÉDICA CRM RR 1375  
06 Maio 2017

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

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

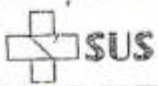
Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico

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

15 JUL. 2017







Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

YAN KENNEDY PEIXOTO SOTO

157514

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

702961016776511201919

05/02/97

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

000

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

Yana Campos da Silva Peixoto

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Genes da Silva - 221 - Jardim Europa

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV-PR

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima acidente de trânsito (carro), apresentando fratura do METATARSO 3º e 4º pé esquerdo.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO - cirúrgico

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

Hist. + exame físico + rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

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

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Rogério MIA

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

06/05/2017

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

Dr. Rogério MIA  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
C.R.C. 13.117

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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 SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS

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

( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

6/5/17

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

0308070019 - 1068  
V299 5923





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Yon Kennedy Demoto Soto 70 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 06/05/2019 COM  
DIAGNÓSTICO DE fract. op 3-14-MTT +

NO DIA 06/01/2019 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
MC + sutura por plano anatomico SENDO  
OPERADO PELO DR. Regino Dias E DR. \_\_\_\_\_

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 08/05/2019 AS \_\_\_\_\_ EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 01/06/2019 AS 17h COM O  
DR. Regino Dias

ORIENTAÇÕES GERAIS :

15 JUL. 2019

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Marcelo Aquino

BOA VISTA, 08/05/2019

Meri

MÉDICO

14 Jul 2019  
Certifico e o  
cópia e  
[Signature]





0108917-0

Roraima Energia S.A.  
 Av. Capitão Enó Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
 CNPJ: 03.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3  
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
 Regime especial de tributação autorizado pela SEFAZ RR/13

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

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

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

ROT: 5.001.12.04.021724

| DADOS DA LEITURA            |       | DATAS DA LEITURA |            |
|-----------------------------|-------|------------------|------------|
| kWh                         | kVArh |                  |            |
| 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   | Apresentação:    | 24/06/2019 |

**NORMAL** 28

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

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

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**

**DÉBITOS JÁ REAVISADOS**

| Mes/ano | Valor R\$ | Informações   |
|---------|-----------|---|
| 04/2019 | 777,03    | Informações existentes de débitos (já vencidos) no valor de R\$ 777,03 (sete setecentos e setenta e sete reais) até esta data. Caso o(s) débito(s) já tenham sido pagos, apresentar uma foto de atendimento de Eletronovas Distribuição Roraima com o(s) comprovante(s) de pagamento. |

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

RESERVADO AO FISCO D37B.5443.E5F9.4900.15E4.9A9F.88BB.3A6D

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |        | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |        |
|---------------------------|--------|-------------------------|--------|
| Distribuição              | 149,97 | Base de Cálculo:        | 373,63 |
| Energia                   | 0,00   | Alíquota 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 -

|   |                                  |                                      |
|---|----------------------------------|--------------------------------------|
| <p>Roraima Energia S.A.<br/>         Av. Capitão Enó Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR<br/>         CNPJ: 03.341.470/0001-44</p> | SELLO CÓDIGO<br><b>0108917-0</b> | TOTAL A PAGAR - R\$<br><b>373,63</b> |
|   | Mês Faturado<br><b>06/2019</b>   | VENCIMENTO<br><b>11/07/2019</b>      |
| Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1<br>Nº da Nota Fiscal: <b>003122719 FCAM</b>                                     |                                  |                                      |



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

**15 JUL. 2019**

Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.361.470/0001-44 / Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 003122719  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

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

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

ROT: 5.001.12.04.021724

| DADOS DA LEITURA            |       | DATAS DA LEITURA |            |
|-----------------------------|-------|------------------|------------|
| kWh                         | kVArh |                  |            |
| 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   | Apresentação:    | 24/06/2019 |

NORMAL

28

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |           |             |              |
|------------------------------|---------|----------------|-----------|-------------|--------------|
| Classe/Subclasse             | Ligação | Numero Medidor | Posse     | Código Fat. | Mês/12 meses |
| RESIDENCIAL                  | BI      | 2207276        | N 1519448 | 1.1.1.2     | 461          |

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

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS

| Mes/Ano | Valor R\$ |
|---------|-----------|
| 04/2019 | 777,03    |

AVISO DE DEBITOS REVISADOS: Informações existentes de débitos vencidos no valor de R\$ 777,03 (setecentos e setenta e sete reais) até esta data. Caso o(a) devedor(a) já tenha sido pago(a), procurar uma loja de atendimento da Eletronbras Distribuição Roraima com o(a) comprovante(s) de pagamento.

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

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

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |        | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |        |
|---------------------------|--------|-------------------------|--------|
| Distribuição:             | 149,97 | Base de Cálculo:        | 170,52 |
| Energia:                  | 0,00   | Alíquota 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



|              |           |                     |                |
|--------------|-----------|---------------------|----------------|
| SELO COFINS  | 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 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.361.470/0001-44

03620000003 9 73630075000 6 00000000100 1 91700619000 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