

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210010303

Vítima: DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA

Data do Acidente: 16/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA

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

Multa:	R\$ 6,32
Juros:	R\$ 0,83
Total creditado:	R\$ 2.538,40

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA**

Valor: **R\$ 2.538,40**

Banco: **001**

Agência: **000000250-X**

Conta: **000010210039-X**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/02/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.538,40

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010210039-X

Nr. da Autenticação 4114A66192EC2EC7

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210010303 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA **Data do acidente:** 16/05/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA ESCÁPULA ESQUERDA. PG 2
FRATURA TRANSTROCANTERIANA DIREITA. PG 2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR OMBRO ESQUERDO E ALTA MÉDICA.
TRATAMENTO CIRÚRGICO QUADRIL DIREITO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA MÉDICA. PG 4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO E DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO E
MODERADA DO QUADRIL DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM PG 5

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

1 - Tipo(s) de cobertura: ☐ DIAM (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTALIDADE

2 - CPF da vítima:

3 - Nome completo da vítima:

964.236.252-04 Deivid Benne Soares Ferreira

4 - INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 428/12

Deivid Benne Soares Ferreira
Rua Antonio P. Galvão
300 - Jd. Boa Vista

964.236.252-04
5368

13 - Estado: RR 09.

deivid@hotmail.com

(9) 98404.5368

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

6 - Nome do Representante Legal:

7 - Endereço do Representante Legal:

8 - CPF do Representante Legal:

9 - Anexar cópia da documentação comprobatória da incapacidade da vítima (ANEXAR CÓPIA).

10 - RENDIMENTOS DO TITULAR DA CONTA:

☒ RENDIMENTO FIXO
☐ RENDIMENTO VARIÁVEL

☐ RENDIMENTO FIXO
☐ RENDIMENTO VARIÁVEL

☐ RENDIMENTO FIXO
☐ RENDIMENTO VARIÁVEL

11 - ENDOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPANÇA (se for para depósito de poupança, anexar em anexo)

☐ CONTA CORRENTE (se for para depósito de poupança, anexar em anexo)

12 - Agência (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

14 - Agência:

0250

☒ CONTA:

210039

8

AGÊNCIA:

CONTA:

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

☒ Declaramos:

- 1. que a vítima não possui qualquer doença ou deficiência física ou mental;
- 2. que a vítima não possui qualquer doença ou deficiência física ou mental;
- 3. que a vítima não possui qualquer doença ou deficiência física ou mental;

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTALIDADE

15 - Estado civil:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

16 - Número de filhos vivos:

25 - Se a vítima deixou algum herdeiro:

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou algum herdeiro, informar o nome:

17 - Se a vítima deixou algum herdeiro, informar o nome:

☐ Sim

☐ Não

28 - Se a vítima deixou algum herdeiro, informar o nome:

☐ Sim

☐ Não

29 - Se a vítima deixou algum herdeiro, informar o nome:

☐ Sim

☐ Não

30 - Se a vítima deixou algum herdeiro, informar o nome:

☐ Sim

☐ Não

31 - Se a vítima deixou algum herdeiro, informar o nome:

☐ Sim

☐ Não

32 - Se a vítima deixou algum herdeiro, informar o nome: ☐ Sim ☐ Não

33 - Nome:
34 - Endereço:
35 - Telefone:
36 - Assinatura do representante legal:

37 - Local e Data: Boa Vista - RR, 10/12/2020

38 - Assinatura da vítima/beneficiário (doctante):

39 - Assinatura do representante legal:

40 - Assinatura do representante legal:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00015853/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/09/2020 11:33:39 Data/Hora Fim: 01/09/2020 11:33:58
 Delegado de Polícia: Juseilton da Costa e Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 16/05/2020 17:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
 Bairro: Zona Rural
 Logradouro: Ponte do Xidal, vicinal 1, PA Nova Amazonas
 Complemento: Próximo do Lago do Robertinho
 Tipo do Local: Via Pública
 Descrição do Local: Ponte do Xidal, vicinal 1, PA Nova Amazonas

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20096: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL PROVOCADO PELA PRÓPRIA VÍTIMA	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCA KEROLAYNE DO VALE RODRIGUES (VÍTIMA (AUSENTE))			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 23/08/1997	Idade: 22
Profissão: Não Informado			
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Boa Vista - RR	
Nome da Mãe: Evanilde Alves do Vale		Nome do Pai: Francisco Rodrigues da Silva	

Documento(s)

RG: 414926-2
 CPF: 017.972.752-40

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: Rua: Django da Silva
 Bairro: Caranã
 Nº: S/N

Nome Civil: IÊSIO BORGES DOS SANTOS (TESTEMUNHA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 25/10/1988	Idade: 31
Profissão: Policial Militar			
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Pindaré-Mirim - MA	
Nome da Mãe: Antonia Borges dos Santos		Nome do Pai: Pai Não Declarado	

Documento(s)

RG: 334102-0
 CPF: 003.629.662-73

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: Avenida das Guianas
 Nº: S/N



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00015853/2020-A01

Complemento: CIPTUR
Bairro: Treze de Setembro

CEP: 69.313-618

Nome Civil: ANDRÉA FERREIRA SOARES FERNANDES (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 09/03/1978 Idade: 42

Profissão: Não Informado

Estado Civil: Sem Informação

Nome da Mãe: Kelvagean Soares da Conceição

Naturalidade: Mossoró - RN

Nome do Pai: Miguel Ferreira da Silva

Documento(s)

RG: 134827

CPF: 651.500.402-82

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: SD Django da Silva

Bairro: Caraná

Nº: 251

Nome Civil: DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA (VÍTIMA (AUSENTE), ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 23/08/1987 Idade: 32

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Kelvageane Soares da Conceição

Naturalidade: Boa Vista - RR

Nome do Pai: Miguel Ferreira da Silva

Em Serviço: Sim

Documento(s)

RG: 267274

CPF: 964.236.252-04

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Django da Silva

Bairro: Caraná

Nº: 521

Telefone: (95) 8122-3282 (Celular)

Nome Social: SGT PM S. CRUZ

Nome Civil: SEBASTIAO DA SILVA CRUZ (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 22/05/1978 Idade: 41

Profissão: Policial Militar

Estado Civil: Sem Informação

Nome da Mãe: Amelia da Silva Cruz

Naturalidade: Manaus - AM

Nome do Pai: Antonio Lopes da Cruz

Documento(s)

RG: 383652-5

CPF: 643.405.892-68

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Avenidas Guinas

Complemento: PMRR- CIPTUR

Bairro: Treze de Setembro

Nº: S/N





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00015853/2020-A01

Telefone: (95) 99157-5019 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
CPF/CNPJ do Proprietário 017.972.752-40	Placa NAP1251
Renavam 01140908267	Número do Motor CCRX74186
Número do Chassi 9BWKB45U9JP076871	Ano/Modelo Fabricação 2018/2017
Cor BRANCA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo VW/NOVA SAVEIRO RB MBVS
Modelo VW/NOVA SAVEIRO RB MBVS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 26/08/2019	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA - REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisca Kerolayne do Vale Rodrigues	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Excelentíssima Senhora Delegada, Comunicamos a Vossa Excelência que hoje sábado dia 16/05/2020, às 22h03min, o SGT/PM Sebastião da Silva Cruz, e sua guarnição, entregaram nesta Delegacia o ROP/PM nº 812222-I, assinado pelo CB/PM R. Oliveira, Matrícula nº 40994-4, comunicando o seguinte fato:

Segundo os Policiais Militares, foram acionados via CIOPS, para atenderem uma ocorrência de acidente de trânsito, na Ponte do Xidal da vicinal 1, PA Nova Amazonas, próximo ao lago do Robertinho. Que segundo o referido ROP, quando os policiais militares chegaram no local, já se encontrava a viatura do SAMU, equipe Bravo 2, socorrendo DEIVYD, que conforme o relato de DEIVYD, FRANCISCA, conduzia o veículo VW/SAVERO, DE COR BRANCA PLACA NAP1251, sentido BR-174/ lago do Robertinho, e após a ponte de concreto perdeu o controle do veículo e saindo da estrada, capotando e arremessando os ocupantes para fora do veículo. Que o médico Daniel Rocha, CRM nº 1274/RR, esteve no local e confirmou o óbito de FRANCISCA, conforme atestado de óbito em anexo. Que a perícia foi realizada no local pelo perito criminal Marlon Duarte. Que o corpo de FRANCISCA foi removido pelo Rabecão do IML. Que os policiais militares informam que o veículo VW SAVEIRO DE COR BRANCA PLACA NAP1251, e os pertences ficaram sobre a responsabilidade de Adreia, irmã de Deivyd, que DEIVYD, foi removido ao pronto socorro pela Ambulância do SAMU. Era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS

Patricia de Amorim Damasceno

Agente de Polícia

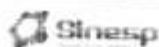
Matrícula 42000396

Responsável pelo Atendimento

Deivyd Benne Soares Ferreira

Vítima, Envolvido

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Condição do Código Penal Brasileiro."



Impresso por: Rosane Jucara Vilaca Moreira

Data de Impressão: 22/12/2020 12:32:24

Página 3 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Indicar o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DIAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTALIDADE

CPF do segurado:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

964.236.252-04 Deivid Benne Soares Ferreira

INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 428/12

Deivid Benne Soares Ferreira
Rua Antonio P. Galvão
300 Aposta

964.236.252-04
5368
RR 09.

deivid@hotmail.com

(9) 98404.5368

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

Nome do Representante Legal:

CPF do Representante Legal:

CPF do Representante Legal:

ANEXAR CÓPIA DO LAUDO DE INVALIDEZ PERMANENTE (ANEXAR CÓPIA)

FAIXA DE RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R\$ 0,00 a R\$ 1.000,00
☐ R\$ 1.000,01 a R\$ 2.000,00

☐ R\$ 2.000,01 a R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.000,01 a R\$ 4.000,00

☐ R\$ 4.000,01 a R\$ 5.000,00
☐ R\$ 5.000,01 a R\$ 6.000,00

TIPO DE CONTA BANCÁRIA:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPANÇA (destinada ao pagamento de indenização)

☐ CONTA CORRENTE (destinada ao pagamento de indenização)

Indicação (237)

Itau (341)

Nome do BANCO:

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0250

☒ CONTA:

210039

8

AGÊNCIA:

CONTA:

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

☒ Declaramos:

- que não apresentamos a vítima ou a pessoa responsável por ela;
- que não apresentamos a vítima ou a pessoa responsável por ela;
- que não apresentamos a vítima ou a pessoa responsável por ela;

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTALIDADE

Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Se a vítima deixou algum herdeiro:

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou algum herdeiro, informar o nome:

☐ Sim

29 - Se tinha filhos menores:

☐ Sim ☐ Não

31 - Se tinha filhos maiores:

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos vivos:

☐ Sim ☐ Não

33 - Se a vítima deixou algum herdeiro, informar o nome e o endereço completo do herdeiro (nome, endereço, cidade, estado, CEP):

34 - Assinatura do segurado ou do representante legal:

35 - Nome: _____
36 - CPF: _____
37 - Assinatura do segurado ou do representante legal:

38 - Local e Data: 300 Aposta - RR, 10/12/2020

Deivid Benne Soares Ferreira

39 - Assinatura da vítima/beneficiário (documentante):

40 - Assinatura do representante legal:

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	R\$ 554,71

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089170	05/2020	R\$ 554,71

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

FOTO

DOC IDENTIFICAD (RG, PASSAPORTE)
114907 SSP RJ

CPF
282.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

PRACAO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

COPIA INACIO DE
OLIVEIRA

PERMISSÃO
VALIDAR

ACE
VALIDAR

CAT.VEIC
AB

INSCRIÇÃO
01101902308

VALIDAR
28/01/2020

RENOVAÇÃO
11/12/1999

OBSERVAÇÕES

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

980151096

980151096

750009.000000001081.917005200055



**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	R\$ 554,71

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089170	05/2020	R\$ 554,71

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

FOTO

DOC IDENTIFICADOR (BRASIL) 114907 SSP RJ

CPF 282.051.512-04 DATA NASCIMENTO 07/04/1978

PRACÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

COPIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO ☒ ACC ☒ CAT. 01 AB

INSCRIÇÃO 01101902308 VALOR 28/01/2020 HABILITAÇÃO 15/12/1999

OBSERVAÇÕES

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

980151096

750009.000000001081.917005200055



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu João Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Deivid Benne Soares Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 964.236.252 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Deivid Benne S. Ferreira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 964.236.252 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa Informar

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

Endereço: <u>Rua: Antônio P. Galvão</u>	Número: <u>4832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: _____	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>RORAIMASEGROS@gmail.com</u>	CEP: <u>69.305-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95)98404-5368</u>

Local e Data: Boca Vista - RR, 12/12/2020

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação/Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

2001242659

16/05/2020 19:35:03

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 7

Paciente **DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA** Data Nascimento **23/08/1987** Idade **32 A 8 M 24 D** CNS **700106977539015** CPF **96423625204** Prontuário
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **SSP/RR** Data Emissão **21/08/2010** Sexo **M** Estado Civil **SOLTEIRO/APARDA** Raça/Cor **BOA VISTA - RR** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mãe **KELVAGEAN SOARES DA CONCEICAO** Pai **MIGUEL FERREIRA DA SILVA** Contato **(95) 98122-3283**
Endereço **RUA - DJANGO DA SILVA - 521 - CARANA - BOA VISTA - RR** Ocupação **AUTÔNOMO**

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **URGÊNCIA** Validade **Temp.** Autorização **Peso** Sis Prenatal **Pressão**
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE CARRO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedência** Temp. **Peso** Pressão
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol. **Registrado por: LEANDRO**

Queixa Principal **# Linfingica** ☐ Síndrome Febri ☐ Sintomático Respiratório ☒ Suspeita de Dengue
Anamnese de Enfermagem **Deformidade de Allexian uned**

GSC **AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456** TOTAL **015**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____h) **Paciente vítima de acidente de trânsito (queda de carro), com vítima fatal no local do acidente, trazido pela SAMU, com lesão cervical e mancha rígida**
Exame Físico **Acidente, trazido pela SAMU, com lesão cervical e mancha rígida**

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☒ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

① Tramadol 100mg SFO, 9% 500ml (EV) agora
② Metoclopramida 10mg (EV) agora
③ AVP
④ SFO, 9% 500ml (EV) agora
⑤ Observação

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para: _____

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
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: leandro
Data Hora: 16/05/2020 19:39:36

Impresso por: leandro
Data Hora: 16/05/2020 19:39:36

Thais S. I. Ferreira
Médica
CRM-RR 2061



2001242659



Boa Vista

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 16/05/2020

PACIENTE: DELUJO, BENNE SOARES FERREIRA DN: 27/08/87

DIAGNÓSTICOS: Fx ELAVIA (E) + Fx TRANSILANTENIANA (D)

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: BT

2- PACIENTE: ☒ ACAMADO () DEAMBULA () O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA: ☒ VIA ORAL () SNE () OUTRA

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? () SIM ☒ NÃO
() AGUARDANDO

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? ☒ SIM () NÃO
() AGUARDANDO

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: _____
PA: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____ SATO2: _____

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:
COLAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSILANTENIANA
PROF. CURRER

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:
BOM, C.C., BOM, COM, ELAVIA

Boa Vista, 16 de maio de 2020. Hora: _____

Dr. Lael do Santos da Silva
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia

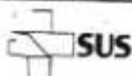
CRM: _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM: _____

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



Sistema. Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H6N

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

DEIVYD BOMFIM SOARES FERREIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

179880

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700106977539015

8 - DATA DE NASCIMENTO

23/08/87

9 - SEXO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

KELVAGEM SOARES DE LACERDA

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA OSAMBU DA SILVA 521, CANAVERAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

RI

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de trânsito, ejetado do carro. Rx evidenciando fratura de tíbia e fêmur (D) + fratura escápula (E).

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Anamnese + EX FÍSICO + Rx

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

As acima

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura escápula (E) + Fratura fêmur (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento Hospitalar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR MARCUS BRUNNER

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Luiz do Santos da Silva
Médico de Família e Comunidade

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONFERE COM ORIGINAL
14/10/20

NOME: DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA

MÉDICO: SEM PEDIDO MÉDICO

Nº. Controle: RX

PARTICULAR



CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
Resp. Tec. Marcelo Botelho de Oliveira CRM-RR 682/RQE 424

RADIOGRAFIA DA COXA DIREITA

Controle de fratura transtrocanteriana, com material de síntese metálica placa e parafusos.

Interlinhas e superfícies articulares normais.

Tecidos moles peri-articulares sem alterações.

Correlacionar com dados clínicos.

Boa Vista, 08 de julho de 2020

085 clinicaocrx@hotmail.com clinicaocrx@gmail.com

(95) 3224 - 7999 (95) 3224 - 9485 (95) 3623 - 1091 Fax

(95) 99122 - 2122 Vivo (95) 98119 - 0555 Tim

"O presente laudo é uma impressão subjetiva das imagens geradas de acordo com o pedido médico e das informações clínicas contidas nesse pedido. Em caso de informações clínicas adicionais por escrito, novas considerações poderão ser emitidas. Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento."

Marcelo Botelho de Oliveira CRM RR 682

Paulo Ernesto Coelho de Oliveira CRM RR 095

Carla Botelho de Oliveira CRM RR 1355

Larissa Barbosa Lago de Freitas CRM RR 1620

D



DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA ID:0089407
Data:08-07-2020 Hora:15:43:47 Data Nasc: 23-08-1987
Centro Clínico Radiológico - CCR_x



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



Deivid B. Soares Ferreira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

267274

DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA

MIGUEL FERREIRA DA SILVA

RELVAGEAN SOARES DA CONCEIÇÃO

BOA VISTA - RR

CERTO NASC 44337 FLS 238 LIV A-57

BOA VISTA-RR

944.236.252-04

2 VIA

AMADEU SOCHA TRIJANI
PREFEITO MUNICIPAL DE BOA VISTA

LEI Nº 7.116 DE 25/03/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009606/21

Vítima: DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA

CPF: 964.236.252-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/05/2020

Titular do CPF: DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA : 964.236.252-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/01/2021
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2021
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

ILOIR INACIO DE SOUZA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Deivyd Benne Soares Ferreira

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Empresário

IDENTIDADE: 267274

ENDEREÇO: Rua Saldado Pm D'Amgo da Silva
521, Cananã.

OUTORGADO

NOME: Slair Inácio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114.807 SSP-RR

ENDEREÇO: Rua: Antônio 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:

16/05/2020 cobertura Invalidez, vítima:

Deivyd Benne Soares Ferreira

Deivyd Benne Soares Ferreira

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 28 DE 07 /2020.

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento, Dou fé.



André G. Sabino
Escritor Autorizado
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009606/21

Vítima: DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA

CPF: 964.236.252-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/05/2020

Titular do CPF: DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA : 964.236.252-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/01/2021
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2021
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

ILOIR INACIO DE SOUZA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO