

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

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 - OSTEOSÍNTESE 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. Qual tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2. Número do RG:

3. Número da Vítima:

4. Nome completo da vítima:

964.236.252-04 Leiryl Benne Soares Ferreira

5. INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 01/2010

6. Nome completo
Leiryl Benne Soares Ferreira
7. Endereço
rua Antonio P. Galvão
8. Cidade
Boa Vista

9. Número do RG:

5368

10. Estado:

RR

11. Telefone:

(65) 98404-5368

12. E-mail:

13. DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIARIO MENOR ENTRE DA 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

14. Representante Legal:

15. Representante Legal:

16. Informações do Representante Legal:

17. Declaração de que o beneficiário é maior de 18 anos e que não possui representante legal (ANEXAR COPIA)

18. SALDO DO TITULAR DA CONTA:

 Até R\$ 100,00 De R\$ 100,01 a R\$ 500,00 R\$ 501,01 a R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,01 a R\$ 2.000,00 R\$ 2.001,01 a R\$ 5.000,00 Acima de R\$ 5.000,0019. TIPOS BANCARIOS: BENEFICIARIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIARIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR) X CONTA POUPANÇA

20. Informações sobre o banco que possui a conta corrente:

Bradesco (237)

 Itau (341) CONTA CORRENTE

Nome do BANCO:

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

21. CONTA:

0250

X CONTA:

210039

AGÊNCIA:

CONTA:

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

 INSCRIÇÃO

23. Declaração de que a vítima não tem laudo do IML:

- 24. Declaração de que a residência da vítima não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou
- 25. Declaração de que a residência da vítima não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

26. DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE Morte

27. Situação:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24. Dia do

obito da vítima:

28. Relacione outras vítimas:

26. Vítima deixou companionate:

 Sim Não

27. Se a vítima deixou (temporária) residir:

28. Solteiro:

 Sim Não

29. Separado judicialmente:

 Sim Não

30. Vítima deixou casa de parentes:

 Sim Não

31. Vítima teve imóveis:

 Sim Não

32. Se tinha irmãos (informar):

 Sim Não

33. Vítima teve filhos:

 Sim Não

34. Vítima teve pais:

 Sim Não

35. Vítima teve avós:

 Sim Não

36. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

37. Vítima teve filhos:

 Sim Não

38. Vítima teve pais:

 Sim Não

39. Vítima teve avós:

 Sim Não

40. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

41. Vítima teve filhos:

 Sim Não

42. Vítima teve pais:

 Sim Não

43. Vítima teve avós:

 Sim Não

44. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

45. Vítima teve filhos:

 Sim Não

46. Vítima teve pais:

 Sim Não

47. Vítima teve avós:

 Sim Não

48. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

49. Vítima teve filhos:

 Sim Não

50. Vítima teve pais:

 Sim Não

51. Vítima teve avós:

 Sim Não

52. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

53. Vítima teve filhos:

 Sim Não

54. Vítima teve pais:

 Sim Não

55. Vítima teve avós:

 Sim Não

56. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

57. Vítima teve filhos:

 Sim Não

58. Vítima teve pais:

 Sim Não

59. Vítima teve avós:

 Sim Não

60. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

61. Vítima teve filhos:

 Sim Não

62. Vítima teve pais:

 Sim Não

63. Vítima teve avós:

 Sim Não

64. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

65. Vítima teve filhos:

 Sim Não

66. Vítima teve pais:

 Sim Não

67. Vítima teve avós:

 Sim Não

68. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

69. Vítima teve filhos:

 Sim Não

70. Vítima teve pais:

 Sim Não

71. Vítima teve avós:

 Sim Não

72. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

73. Vítima teve filhos:

 Sim Não

74. Vítima teve pais:

 Sim Não

75. Vítima teve avós:

 Sim Não

76. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

77. Vítima teve filhos:

 Sim Não

78. Vítima teve pais:

 Sim Não

79. Vítima teve avós:

 Sim Não

80. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

81. Vítima teve filhos:

 Sim Não

82. Vítima teve pais:

 Sim Não

83. Vítima teve avós:

 Sim Não

84. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

85. Vítima teve filhos:

 Sim Não

86. Vítima teve pais:

 Sim Não

87. Vítima teve avós:

 Sim Não

88. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

89. Vítima teve filhos:

 Sim Não

90. Vítima teve pais:

 Sim Não

91. Vítima teve avós:

 Sim Não

92. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

93. Vítima teve filhos:

 Sim Não

94. Vítima teve pais:

 Sim Não

95. Vítima teve avós:

 Sim Não

96. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

97. Vítima teve filhos:

 Sim Não

98. Vítima teve pais:

 Sim Não

99. Vítima teve avós:

 Sim Não

100. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

101. Vítima teve filhos:

 Sim Não

102. Vítima teve pais:

 Sim Não

103. Vítima teve avós:

 Sim Não

104. Vítima teve irmãos:

 Sim



**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

EN VOLVIDO(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 N°: S/N

Nome Civil: IÉSIO 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 N°: 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
Em Serviço: Sim Nome do Pai: Miguel Ferreira da Silva

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 Naturalidade: Manaus - AM
Nome da Mãe: Amelia da Silva Cruz Nome do Pai: Antonio Lopes da Cruz

Documento(s)

RG: 383652-5
CPF: 643.405.892-68

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Avenidas Guinás
Complemento: PMRR- CIPTUR Nº: S/N
Bairro: Treze de Setembro



**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/Caminhon
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

Francisca Kerolayne da Vale Rodrigues

Envolvimentos

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 812222-1, 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 Robertinha. 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/SAVEIRO, DE COR BRANCA PLACA NAP1251, sentido 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 Marion Duarte. Que o corpo de FRANCISCA foi removido pelo Rabecão do IML. Que os policiais militares informaram que o veículo VW SAVEIRO DE COR BRANCA PLACA NAP1251, e os pertences ficaram sob 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

Patrícia de Amorim Damasceno

Agente de Polícia

Matrícula 42000396

Responsável pelo Atendimento

Deivyd Benne Soares Ferreira

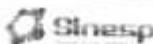
Deivyd Benne Soares Ferreira

Vítima, Envolvido

Declaro para os efeitos finais ou diretos que sou (a) unicamente responsável pelas informações acima apresentadas e certo que poderia responder civil e criminalmente pela omissão ou falsidade das informações declaradas no boletim de ocorrência, conforme previsto nos Artigos 335-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Convenção do Código Penal Brasileiro."



Impresso por: Rosângela Jucáda Moreira
Data de Impressão: 28/05/2020 12:32:24



1. Qual tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2. Número do RG:

3. Número da Vítima:

4. Nome completo da vítima:

964.236.252-04 Leiryl Benne Soares Ferreira

5. INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 01/2010

6. Nome completo
Leiryl Benne Soares Ferreira
7. Endereço
rua Antonio P. Galvão
8. Cidade
Boa Vista

9. Número do RG:

5368

10. Estado:

RR

11. Telefone:

(65) 98404-5368

12. E-mail:

13. DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIARIO MENOR ENTRE DA 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

14. Representante Legal:

15. Representante Legal:

16. Informações do Representante Legal:

17. Declaração de que o beneficiário é maior de 18 anos e que não possui representante legal (ANEXAR COPIA)

18. SALDO DO TITULAR DA CONTA:

 Até R\$ 100,00 De R\$ 100,01 a R\$ 500,00 R\$ 501,01 a R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,01 a R\$ 2.000,00 R\$ 2.001,01 a R\$ 5.000,00 Acima de R\$ 5.000,0019. TIPOS BANCARIOS: BENEFICIARIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIARIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR) X CONTA POUPANÇA

20. Informações sobre o banco que possui a conta corrente:

Bradesco (237)

 Itau (341) CONTA CORRENTE

Nome do BANCO:

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

21. CONTA:

0250

X CONTA:

210039

AGÊNCIA:

CONTA:

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

 INSCRIÇÃO

23. Declaração de que a vítima não tem laudo do IML:

- 24. Declaração de que a residência da vítima não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou
- 25. Declaração de que a residência da vítima não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

26. DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE Morte

27. Situação:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24. Dia do

obito da vítima:

28. Relacione outras vítimas:

26. Vítima deixou companionate:

 Sim Não

27. Se a vítima deixou (temporária) residir:

28. Solteiro:

 Sim Não

29. Separado judicialmente:

 Sim Não

30. Vítima deixou casa de parentes:

 Sim Não

31. Vítima teve imóveis:

 Sim Não

32. Se tinha irmãos (informar):

 Sim Não

33. Vítima teve filhos:

 Sim Não

34. Vítima teve pais:

 Sim Não

35. Vítima teve avós:

 Sim Não

36. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

37. Vítima teve filhos:

 Sim Não

38. Vítima teve pais:

 Sim Não

39. Vítima teve avós:

 Sim Não

40. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

41. Vítima teve filhos:

 Sim Não

42. Vítima teve pais:

 Sim Não

43. Vítima teve avós:

 Sim Não

44. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

45. Vítima teve filhos:

 Sim Não

46. Vítima teve pais:

 Sim Não

47. Vítima teve avós:

 Sim Não

48. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

49. Vítima teve filhos:

 Sim Não

50. Vítima teve pais:

 Sim Não

51. Vítima teve avós:

 Sim Não

52. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

53. Vítima teve filhos:

 Sim Não

54. Vítima teve pais:

 Sim Não

55. Vítima teve avós:

 Sim Não

56. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

57. Vítima teve filhos:

 Sim Não

58. Vítima teve pais:

 Sim Não

59. Vítima teve avós:

 Sim Não

60. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

61. Vítima teve filhos:

 Sim Não

62. Vítima teve pais:

 Sim Não

63. Vítima teve avós:

 Sim Não

64. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

65. Vítima teve filhos:

 Sim Não

66. Vítima teve pais:

 Sim Não

67. Vítima teve avós:

 Sim Não

68. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

69. Vítima teve filhos:

 Sim Não

70. Vítima teve pais:

 Sim Não

71. Vítima teve avós:

 Sim Não

72. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

73. Vítima teve filhos:

 Sim Não

74. Vítima teve pais:

 Sim Não

75. Vítima teve avós:

 Sim Não

76. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

77. Vítima teve filhos:

 Sim Não

78. Vítima teve pais:

 Sim Não

79. Vítima teve avós:

 Sim Não

80. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

81. Vítima teve filhos:

 Sim Não

82. Vítima teve pais:

 Sim Não

83. Vítima teve avós:

 Sim Não

84. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

85. Vítima teve filhos:

 Sim Não

86. Vítima teve pais:

 Sim Não

87. Vítima teve avós:

 Sim Não

88. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

89. Vítima teve filhos:

 Sim Não

90. Vítima teve pais:

 Sim Não

91. Vítima teve avós:

 Sim Não

92. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

93. Vítima teve filhos:

 Sim Não

94. Vítima teve pais:

 Sim Não

95. Vítima teve avós:

 Sim Não

96. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

97. Vítima teve filhos:

 Sim Não

98. Vítima teve pais:

 Sim Não

99. Vítima teve avós:

 Sim Não

100. Vítima teve irmãos:

 Sim Não

101. Vítima teve filhos:

 Sim Não

102. Vítima teve pais:

 Sim Não

103. Vítima teve avós:

 Sim Não

104. Vítima teve irmãos:

 Sim



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

ILÓIR 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





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

ILÓIR 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

1089170

MÊS

05/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 554,71



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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da falta 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 RESEGURO. 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Elvyr Inácio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.518 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Elvyrd Benne Soares Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 964.236.258 / 04,
do sinistro de DPVAT cobertura Inválidez da Vítima Elvyrd Benne S. Ferreira

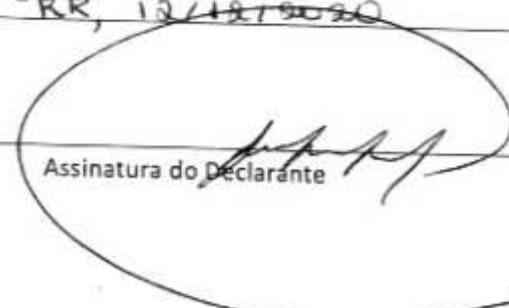
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 964.236.252 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

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

Endereço:	<u>Rua: Antônio P. Galvão</u>	Número:	<u>7832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>RR</u>	Estado:
E-mail:	<u>RORAIMASEGUROS@gmail.com</u>	CEP:	<u>69.305 - 000</u>	Tel.(DDD):

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

Assinatura do Declarante 

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1 ^ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Engadeiro Eduardo Gomes, 3308		(<input type="checkbox"/>) Vermelho (<input type="checkbox"/>) Laranja (<input type="checkbox"/>) Amarelo (<input type="checkbox"/>) Verde (<input type="checkbox"/>) Azul Ass.	(<input type="checkbox"/>) Vermelho (<input type="checkbox"/>) Laranja (<input type="checkbox"/>) Amarelo (<input type="checkbox"/>) Verde (<input type="checkbox"/>) Azul Ass.	(<input type="checkbox"/>) Vermelho (<input type="checkbox"/>) Laranja (<input type="checkbox"/>) Amarelo (<input type="checkbox"/>) Verde (<input type="checkbox"/>) Azul Ass.

2001242659	16/05/2020 19:35:03	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-	7			
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
DEVYD BENNE SOARES FERREIRA		23/08/1987	32 A 8 M 24 D	700106977539015	96423625204			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Brasileira
IDENTIDADE	267274	SSP/RR	21/08/2010	M	SOLTEIRO(A)	PARD	BOA VISTA - RR	
Mãe	KELVAGEAN SOARES DA CONCEICAO				Pai		Contato	(95) 98122-3283
Enderéco	RUA - DJANGO DA SILVA - 521 - CARANA - BOA VISTA - RR				MIGUEL FERREIRA DA SILVA		Ocupação	AUTÔNOMO
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE								
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
ACIDENTE DE CARRO	URGÊNCIA							
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.						
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL							
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <i># Cirúrgica</i>							
Anamnese de Enfermagem	GSC AD: 1234 RV: 12346 MIRV: 123456						TOTAL 015	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)	<p>Paciente vítima de acidente de trânsito (estado de sítio), com vítima fatal no local do Exame Físico violento, trazido pelo SAMU, com colar cervical e gancha negada</p>							
Hipótese Diagnóstica								
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input checked="" type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO				
1) Tramadol 500mg SFQ, 9% 500ml EV agora								
2) Metoclopramida 10mg EV agora		20:15						
3) AVP								
4) SFQ, 9% 500ml EV agora								
5) Observação								
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revisão <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / / : :							
Óbito								
Antes do 1 ^º Atendimento? (<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não)	Destino: (<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica)							
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico						
Impresso por: leandro		Thais S. I. Ferreira Médica CRM-RR 2061						
Data/Hora: 16/05/2020 19:39:36		2001242659						
LGA - Ambulatório de Traumatologia								
Av. Engadeiro Eduardo Gomes, 3308								



so consume

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 16/05/2020

PACIENTE: DR. VYD - BERNIE SOANES FERNAN DN: 23/08/82
DIAGNÓSTICOS: Frx ESCAPULA (E) + Frx MAMMOCARTÍNEA (D)

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: GT

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: ____ °C

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Boa Vista, 16 de maio de 2020. Hora: 0

Dr. Lael do Santos da Silva
CRM Residente em Ortopedia e Traumatologia
Assinatura/carimbo do MEDICO ASSISTENTE. CRM _____ / _____
Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

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



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HGN

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

DEIVYD BRUNO Soárez Fernandes

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
179880

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7001069775390115

8 - DATA DE NASCIMENTO
23/08/87

9 - SEXO

Masc.

Fam. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Kelvagean Soárez dos Condeiros

DOD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Domingos da Silva, 521, Consolação

13 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RN

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Pci. VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, ESTADO
de Roraima. Rx evolução: Rx transfusional D
+ Rx escavação 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

Rx escavação E + Rx ferura D

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervento Hospitalar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR. MARCUS BRUNNER

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Marcus Brunner
Assessor de Gestão e Trabalho Social

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

38 - AUTÔNOMO

39 - DESEMPREGADO

40 - APOSENTADO

41 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - 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 RADIOLÓGICA OLIVEIRA
Rasp. Tec. Marcelo Botelho de Oliveira CRM-RR 682/RQE 424

RADIOGRAFIA DA COXA DIREITA

Controle de fratura transtrocantiana, 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

clinicacrx@gmail.com clinicacrx@gmail.com

(95) 3224 - 7999 (95) 3224 - 0485 (95) 3623 - 1091 Fax:
(95) 99122 - 2122 WhatsApp (95) 98119 - 0555

"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

Camilo 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 - CCRx



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

ILÓIR 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
1089170

MÊS
05/2020

TOTAL A PAGAR
R\$ 554,71



ESTADÍSTICAS ESTACIONALES DE LA PRODUCCIÓN NACIONAL

ESTATE PLANNING

ESTADO DE RORAIMA
SECRETAaria DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CÍVIL

ESTADO DE SÃO PAULO

Polegar Direito



DE STIJL IN TITEL

REVISÃO DE IDENTIDADE

30 WHITING

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009606/21

Vítima: DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA

CPF: 964.236.252-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/05/2020

Titular do CPF: DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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: Dinu Bonne Soñor Torreña

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Empresário

IDENTIDADE: 967374

ENDEREÇO: Rua Soldado Pm Ribeiro da Silveira
521, Coronel OUTORGADO

OUTORGADO

NOME: Elair Inácio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Autônomo

DENTIDADE: 111.803 SSP-RR

ENDEREÇO: Rua: Centenário P. Galvão, 1832, Brumado

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 Jmocaduz, vitima:

Driy'd Bonne Soars Ferrero

Darlyd Bernice Soons Ferraro

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009606/21

Vítima: DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA

CPF: 964.236.252-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/05/2020

Titular do CPF: DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO