

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
4137909720230905151615

Processo 0816040-46.2021.8.23.0010  - (809 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 10441 - Acidente de Trânsito

Nível de Sigilo: Público

Selos: Juízo 100% digital

Simplificar: <https://simplificar.tjrr.jus.br/fluxos-da-area-judicial>

Guia de Recolhimento de Custas: <https://www.tjrr.jus.br/guia-arrecadacao/pages/publico/nova-guia-judicial>

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Guias <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Realces  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência </div> <div style="flex: 1;"> Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória </div> </div> </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;"> Filtros  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor </div> <div style="flex: 1;"> Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> Descrição: <input type="text"/> </div> </div> </div>					

206 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 206

500 por pág. 

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
 206	05/09/2023 15:16:15	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE DECORRIDO PRAZO DE OFICIAL DE JUSTIÇA JUCILENE DE LIMA PONCIANO (Para Oficial de Justiça JUCILENE DE LIMA PONCIANO *Referente ao evento (seq. 179) REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO(07/07/2023) e ao evento de expedição seq. 190. LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA) em 25/08/2023 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 194) JUNTADA DE LAUDO (10/08/2023) e ao evento de expedição seq. 199.	DIEGO LIMA PAULI Advogado
205	26/08/2023 00:09:32	(Para Oficial de Justiça JUCILENE DE LIMA PONCIANO *Referente ao evento (seq. 179) REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO(07/07/2023) e ao evento de expedição seq. 190. LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA) em 25/08/2023 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 194) JUNTADA DE LAUDO (10/08/2023) e ao evento de expedição seq. 199.	SISTEMA CNJ
204	26/08/2023 00:05:35	(Pelo advogado/curador/defensor de DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA) em 25/08/2023 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 194) JUNTADA DE LAUDO (10/08/2023) e ao evento de expedição seq. 199. LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA) em 25/08/2023 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 195) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (14/08/2023) e ao evento de expedição seq. 197.	SISTEMA CNJ
203	26/08/2023 00:05:35	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA) em 25/08/2023 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 195) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (14/08/2023) e ao evento de expedição seq. 197.	SISTEMA CNJ
202	21/08/2023 16:49:06	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S.A) em 21/08/2023 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 194) JUNTADA DE LAUDO (10/08/2023) e ao evento de expedição seq. 198.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
201	21/08/2023 16:49:06	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S.A) em 21/08/2023 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 195) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (14/08/2023) e ao evento de expedição seq. 196.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
200	19/08/2023 00:04:36	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo Oficial de Justiça JUCILENE DE LIMA PONCIANO(Leitura automática em 18/08/2023 às 23:59)) em 18/08/2023 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 179) REGISTRO DE	SISTEMA CNJ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08160404620218230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Inicialmente, cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 29 de agosto de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

DIEGO PAULI
OAB/RR 858

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

Valorização 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 (completamente):

964.236.252-04 Leivyd Benne Soares Ferreira

5. INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 2000

6. Nome (completamente):
Leivyd Benne Soares Ferreira
7. Endereço:
rua Antonio P. Galvão
8. Cidade:
Boa Vista

9. Número do RG:
964.236.252-04
10. Faixa de Renda:
5368
11. Estado:
RR
12. Telefone:
(65) 98404-5368

13. E-mail:

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

15. Nome do Representante Legal:

16. Endereço do Representante Legal:

17. Telefone do Representante Legal:

18. Declaração de que o beneficiário é maior de 18 anos ou menor de 18 anos e que não possui curadoria (ANEXAR COPIA):

19. NÚMERO DE SALDO TITULAR DA CONTA:

20. CÓDIGO INSCRIÇÃO:
 21. NOME:
 22. NOME RENDA:

23. NÚMERO INSCRIÇÃO:
 24. NOME:
 25. NOME RENDA:

26. NÚMERO INSCRIÇÃO:
 27. NOME:
 28. NOME RENDA:

20. TIPOS BANCARIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR): 21. CONTA POUPANÇA

22. CONTA CORRENTE

Nome do BANCO: _____

Bradesco (237)

 Itau (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

23. CONTA:

0250

 CONTA:

210039

24. AGÊNCIA:

8

25. CONTA:

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

 26. INSCRIÇÃO:

27. A Vítima é menor de 18 anos e não é menor de 16 anos:

28. A Vítima é menor de 16 anos e não é menor de 14 anos:

29. A Vítima é menor de 14 anos:

 26. CONTA CORRENTE:

Nome do BANCO: _____

Nome do CURADOR: _____



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

Nº: S/N

Bairro: Caranã

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

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

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

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 Guinás

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
CPF/CNPJ do Proprietário 017.972.752-40
Renavam 01140908267
Número do Chassi 9BWKB45U9JP076871
Cor BRANCA
Município Veículo Boa Vista
Modelo VW/NOVA SAVEIRO RB MBVS
Quantidade 1 Unidade
Última Atualização Denatran 26/08/2019

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Placa NAP1251
Número do Motor CCRX74186
Ano/Modelo Fabricação 2018/2017
UF Veículo RR
Marca/Modelo VW/NOVA SAVEIRO RB MBVS
Veículo Adulterado? Não
Situação Meio Empregado
Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA - REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Francisca Kerolayne do Vale Rodrigues

Envolvidos

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
Vítima, Envolvido

Declaro para os efeitos finais ou civis que sou (a) unicamente responsável pelas informações acima apresentadas e certo que poderão responder civil e criminalmente pela omissão, conforme previsto nos Artigos 335-Denúncia Cícumiosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Comunicação ao Código Penal Brasileiro.





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





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



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)

Capitalas 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 Dieyld Benne Soares Ferreira

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

Dieyld Benne Soares Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 964.236.258 / 04,
 do sinistro de DPVAT cobertura Inválida, da Vítima Dieyld 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>Buritiz</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

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		
Identidade 267274	Documento Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	
	SSP/RR	21/08/2010	M	SOLTEIRO(A)	PARADA	
Mãe				Naturalidade	Nacionalidade	
KELVAGEAN SOARES DA CONCEICAO				BOA VISTA - RR	BRASILEIRA	
Enderéco				Pai	Contato	
RUA - DJANGO DA SILVA - 521 - CARANA - BOA VISTA - RR				MIGUEL FERREIRA DA SILVA	(95) 98122-3283	
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	
ACIDENTE DE CARRO	URGÊNCIA				Pressão	
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				Registrado por:	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <input type="checkbox"/> Doenças crônicas <input type="checkbox"/> Alergias imed					LEANDRO

Anamnese de Enfermagem

GSC
 AD: 1234 RV: 1234 MIRV: 123456 015

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : : h)
 Paciente vítima de acidente de trânsito (sítio de cano), com vítima fatal no local do Exame Físico violento, trazido pelo SAMU, com colar cervical e gancha negada

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO

- | | | | |
|-----------------------|----------|-------------|------------|
| ① Tramadol 500mg | EV agora | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO |
| SFO, 9% 500mL | | | |
| ② Metoclopramida 10mg | EV agora | | |
| ③ AVP | | | |
| ④ SFO, 9% 500mL | EV agora | 20:15 | |
| ⑤ Observação | | | |

Conduta

- Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Revisão
 Transferência para:

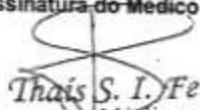
- Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação
 Data e Hora da Saida/Alta: / / : :

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico


 Thais S. I. Ferreira
 Médica
 CRM-RR 2061





AO CRANUM

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 16/05/2020

PACIENTE: Doutor Benne Soares Ferreira DN: 27/08/87
DIAGNÓSTICOS: Fx estavaria (E) + Fx marrom esclerótica (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: _____ SATO2: _____

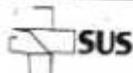
9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:
Colocação de fratura transesofágica
Prostima curva

10- EVOLUÇÃO CLINICA:
B66 cce, ROTE, const, espontâneo

Boa Vista, 16 de MAR de 2020 Hora: _____


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

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:
() 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 BONNE Soanez Ferreira

6 - N° DO PRONTUÁRIO
179880

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7001069775390115

8 - DATA DE NASCIMENTO
23/08/87

9 - SEXO
Masc. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Kelvagean Soanez dos Concorcos

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE
DDD

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua 03 Anjo da Silva, 521, Consolação

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP
RJ

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Peri. Vítima de acidente de trânsito, estando
desacorda. Rx evoluciona fx trânsito contundente (D)
+ fx escoria (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
Fx escoria (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

() CNS

() CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Marcus Brunner

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. José do Santos da Silva
Conselho de Odontologia de São Paulo

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° 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

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° 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

clinicacrrx@hotmail.com clinicacrrx@gmail.com

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

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

"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."

D



DEIVYD BENNE SOARES FERREIRA ID:0089407

Data:08-07-2020 Hora:15:43:47 Data Nasc:23-08-1987

Centro Clinico Radiologico - 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

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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

12

DATA

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO COTUCA CHAM

267274

DATA

DEIVIO BENNE SOARES FERREIRA

MIGUEL FERREIRA DA SILVA
HELVAGELIN SOARES DA CONCEIÇÃO

BOA VISTA - RR

23

CERTO MASC 443337 FLS 238 LIV A-57

BOA VISTA-RR

964.236.252-04 ~~AMARALI RODRIGO TELAMON~~

2 VIA

Assinatura do Titular

CARTERA DE IDENTIDADE

Polegar Direito



Deivid B. Soares Ferreira

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: Denydy Bonne Soares Ferreira

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Empresário

IDENTIDADE: 267274

ENDEREÇO: Rua Soldado Pm Dpmq da Silva
521, Cananéia.

OUTORGADO

NOME: Elair Júnior de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 111.807.559-88

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

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 Invadida, vitima: Denydy Bonne Soares Ferreira.

Denydy Bonne Soares Ferreira
Denydy Bonne Soares Ferreira
OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 28 DE 07 /2020:



CARTÓRIO LOUREIRO

Dir. JOZIEL LOUREIRO
TAXELOU E REGISTRADOR

REF: AUTENTICA a(s) assinatura(s)

Denydy Bonne Soares Ferreira

VS Em testemunho _____ da verdade Boa Vista 28/07/2020

SE - 2.56 FUNDEJUR 0.26 FISC 0.13 FECON 0.13 SS 0.13 Selos 30

Ref: RECFIR156345NAPFF8TXATDS1609 N° Ticket: 00188

Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>

CPF Solicitante: 98423625204

Assinatura: *Denydy Bonne Soares Ferreira*

André G. Sabino
Assinante Autorizado
Cartório Loureiro

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