

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2923440920201130175939

Processo 0828159-73.2020.8.23.0010 - (31 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos de: <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 Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros					
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 Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 9	30/11/2020 17:59:39	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	‡ 2766515CONTESTACAO01.pdf	Público
		9.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	‡ 2766515CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	‡ KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA					
(Pelo advogado/curador/defensor de CLEUDIANNE DA SILVA BORGES)					
8	23/11/2020 00:01:12	em 23/11/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (05/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.		SISTEMA CNJ	
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO					
7	11/11/2020 12:55:30	Para advogados/curador/defensor de CLEUDIANNE DA SILVA BORGES com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (05/11/2020)	Arielly Né de Almeida Analista Judiciária		
<input type="checkbox"/> 6	05/11/2020 20:35:25	DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS	DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS Magistrado	SISTEMA CNJ	
5	30/10/2020 16:32:39	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL		SISTEMA CNJ	
4	30/10/2020 16:32:39	RECEBIDOS OS AUTOS		SISTEMA CNJ	
3	30/10/2020 16:32:39	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição		SISTEMA CNJ	
2	30/10/2020 16:32:39	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível		SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/> 1	30/10/2020 16:32:38	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS Advogado	ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS Advogado	



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, 22 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200336738

Vítima: CLEUDIANNE DA SILVA BORGES

Data do Acidente: 12/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEUDIANNE DA SILVA BORGES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16142966



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, 06 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 32003336738 Vítima: CLEUDIANNE DA SILVA BORGES

Data do Acidente: 12/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JLOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Sobrenome: CLEUDIANNE DA SILVA BORGES

SÉRGIO(a), CELIBIANNE DA SIEVA BORGES

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **CLEUDIANNE DA SILVA BORGES**

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000042120-8

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 004.538.812-11 4 - Nome completo da vítima: Cleudianne da Silva Borges

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

5 - Nome completo: Cleudianne da Silva Borges 6 - CPF: 004.538.812-11
7 - Profissão: entregador 8 - Endereço: Rua: Peixe bote 9 - Número: 446 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Terza 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP:
15 - E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95)98404-5368

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 42120 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vainascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 16/10/2020

Cleudianne da Silva Borges

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Fls: 1
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00011085/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/09/2020 09:55:19 Data/Hora Fim: 18/09/2020 09:55:18

Origem:

Delegado de Polícia: Adalmir Almeida Sena Júnior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 12/03/2020 12:15

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Mecejana

Logradouro: RUA PEDRO RODRIGUES

Ponto de Referência: EASY TECH ELETRONICO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JAN ELBER DANTAS FERREIRA (ENVOLVIDO)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Idade: 31
Estado Civil: União Estável		
Em Serviço: Não		

Documento(s)

RG: 253962

CPF: 917.316.742-87

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA CURITIBA

Nº: 562

Bairro: EQUATORIAL

Telefone: (09) 9119-3967 (Celular)

Nome Civil: CLEUDIANE DA SILVA BORGES (ENVOLVIDO)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Idade: 26
Profissão: Motorista		
Estado Civil: Solteiro(a)		
Em Serviço: Sim		

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA PEIXE BOTO

Nº: 446

Bairro: SANTA TEREZA

Telefone: (09) 9152-7893 (Celular)

Razão Social: POLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Osaniel 2ºsgt Mat 47000180



Impresso por: Carlos Alberto Valerio da Silva

Data de Impressão: 18/09/2020 09:56:13

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fls: 2
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00011085/2020-A01

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário	306.826.141-49	Placa	NAU5296
Renavam	01053313389	Número do Motor	1KDA781237
Número do Chassi	8AJYY59G4F6532266	Ano/Modelo Fabricação	2015/2015
Cor	BRANCA	UF Veículo	RR
Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	I/TOYOTA HILUXSW4 SRV4X4
Modelo	I/TOYOTA HILUXSW4 SRV4X4	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Última Atualização Denatran	06/07/2018	Situação do Veículo	NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Jan Elber Dantas Ferreira

Possuidor

Grupo

Veículo

Subgrupo

Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

CPF/CNPJ do Proprietário

023.399.732-60

Placa

NAQ2009

Renavam

00863662781

Número do Motor

E337E-100053

Número do Chassi

9C6KE043050058260

Ano/Modelo Fabricação

2005/2005

Cor

VERMELHA

UF Veículo

RR

Município Veículo

Boa Vista

Marca/Modelo

YAMAHA/YBR 125E

Modelo

YAMAHA/YBR 125E

Veículo Adulterado?

Não

Quantidade

1 Unidade

Situação

Envolvido

Última Atualização Denatran

13/08/2018

Situação do Veículo

REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos

Cleudiane da Silva Borges

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SENHOR(A) DELEGADO(A). ACIONADO VIA CIOPS PRA AVERIGUAR UMA OCORRENCIA DE TRANSITO NO ENDEREÇO ACIMA CITADO ONDE NO LOCAL O ITEM 02(JAN) NOS INFORMOU QUE SEGUIA PELA RUA PEDRO RODRIGUES SENTIDO BAIRRO/CENTRO E QUANDO TENTOU FAZER UMA CONVERSÃO A ESQUERDA A ITEM01 (CLEUDIANE) QUE SEGUIA PELA MESMA VIA E SENTIDO CONTRARIO, COLIDIU EM SUA LATERAL DIREITA. AS INFORMAÇÕES DA ITEM-01, FORAM REPASSADAS PELO SENHOR JOSE MARIA BORGES DE CNH:05174633168, QUE ERA PAI DA ITEM-01, E FICOU RESPONSÁVEL PELA MOTOCICLETA. A ITEM-01, FOI CONDUZIDA PARA O HOSPITAL POR UMA VIATURA DO SAMU E O SOCORRISTA INFORMOU QUE HAVIA SUSPEITA DE FRATURA NA Perna DA ITEM-01. A PERÍCIA FOI FEITA PELO PERITO WELINTON E O AUTOMÓVEL LIBERADO AO SEU CONDUTOR. ERA O QUE TINHA A RELATAR.TRANSCRITO CONFORME ROP PM EM ANEXO..

Fls: 3
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00011085/2020-A01

ASSINATURAS

Carlos Alberto Valerio da Silva
Agente de Polícia
Matrícula 0712925
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(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 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Impresso por: Carlos Alberto Valerio da Silva
Data de Impressão: 18/09/2020 09:56:13

Página 3 de 3
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEUDIANNE DA SILVA BORGES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000042120-8

Nr. da Autenticação FD7473024858C412

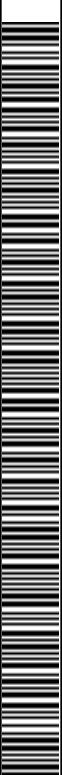


Faturas da UC: 1172620

RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE G
CNPJ: 02.341.470/0001-4

Mês de Faturamento	Data de Vencimento	Valor
08/2020	21-SEP-20	R\$ 206,66
07/2020	21-AUG-20	R\$ 200,00
06/2020	21-JUL-20	R\$ 200,96
05/2020	21-JUN-20	R\$ 226,14
04/2020	21-MAY-20	R\$ 265,83
03/2020	21-APR-20	R\$ 370,33
02/2020	21-MAR-20	R\$ 326,30
01/2020	21-FEB-20	R\$ 356,81
12/2019	21-JAN-20	R\$ 214,94
11/2019	21-DEC-19	R\$ 274,74
10/2019	11-NOV-19	R\$ 317,11

Digite aqui para pesquisar



Via de Parámento para o mesano 05/2020 referente a UT 008970



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

NE-5263295

IL DIR INACIO DE SOUZA

B. ANTONIO P. GALVAO 1832 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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

[reporte aquí](#)



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO FENE GARÇEZ, 691 - CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-11

IE-240070223

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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://pjjudi.tjri.jus.br/pjjudi/> - Identificador: PjUEZ_JPUNL_WF3EH_3RNJR





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 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Slain Sraio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 03, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Cléudianne da Silva Borges inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.538.817 / 11,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Cléudianne da Silva Borges

inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.538.812 / 11, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

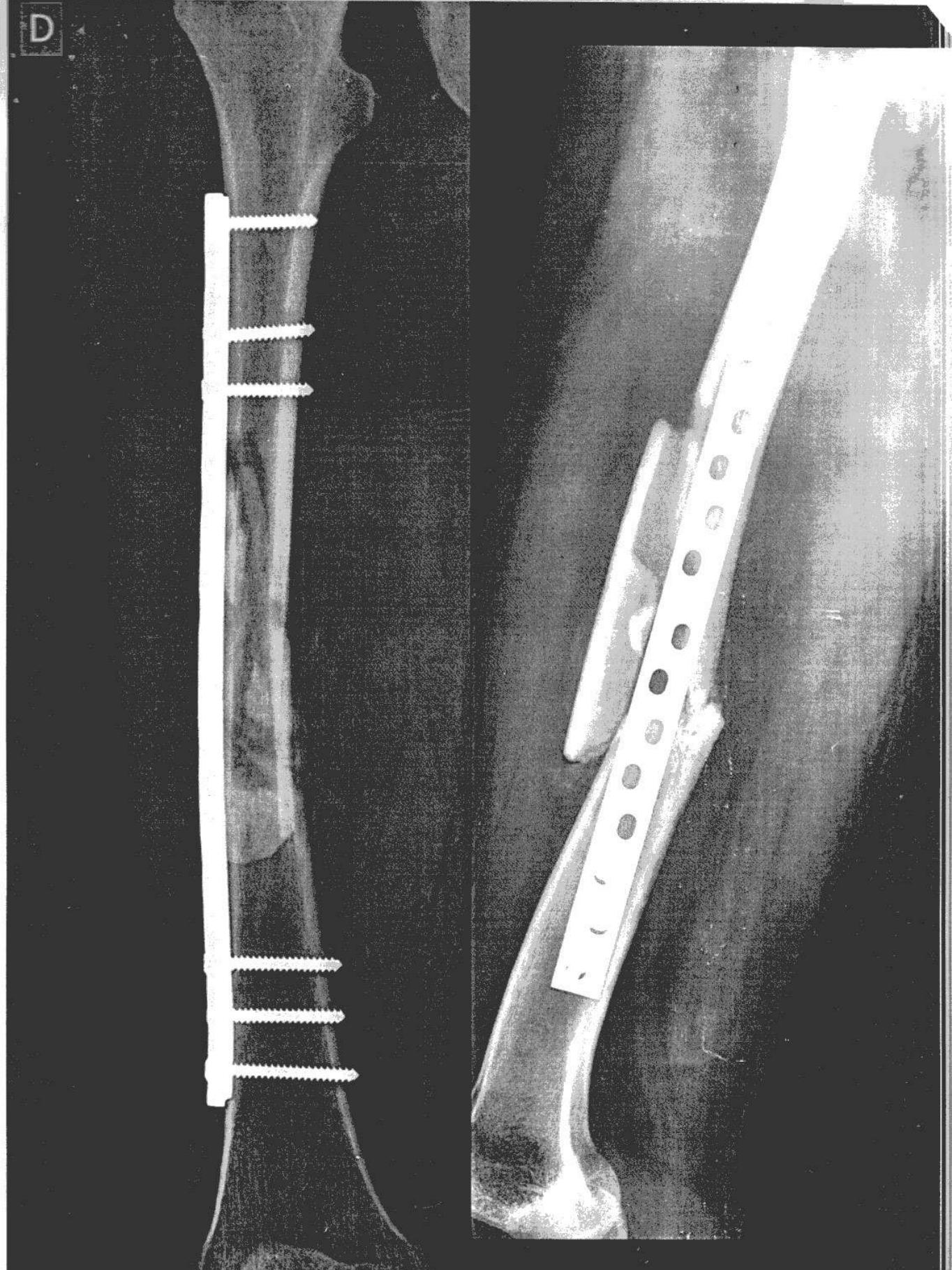
Recuso informar

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>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Boca Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.305 - 200</u>
E-mail:	<u>TLUERRR@Hotmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>(15) 98404-5368</u>

Local e Data: Boca Vista - RR, 16/10/2020

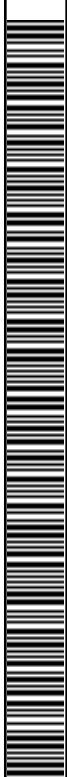
Assinatura do Declarante

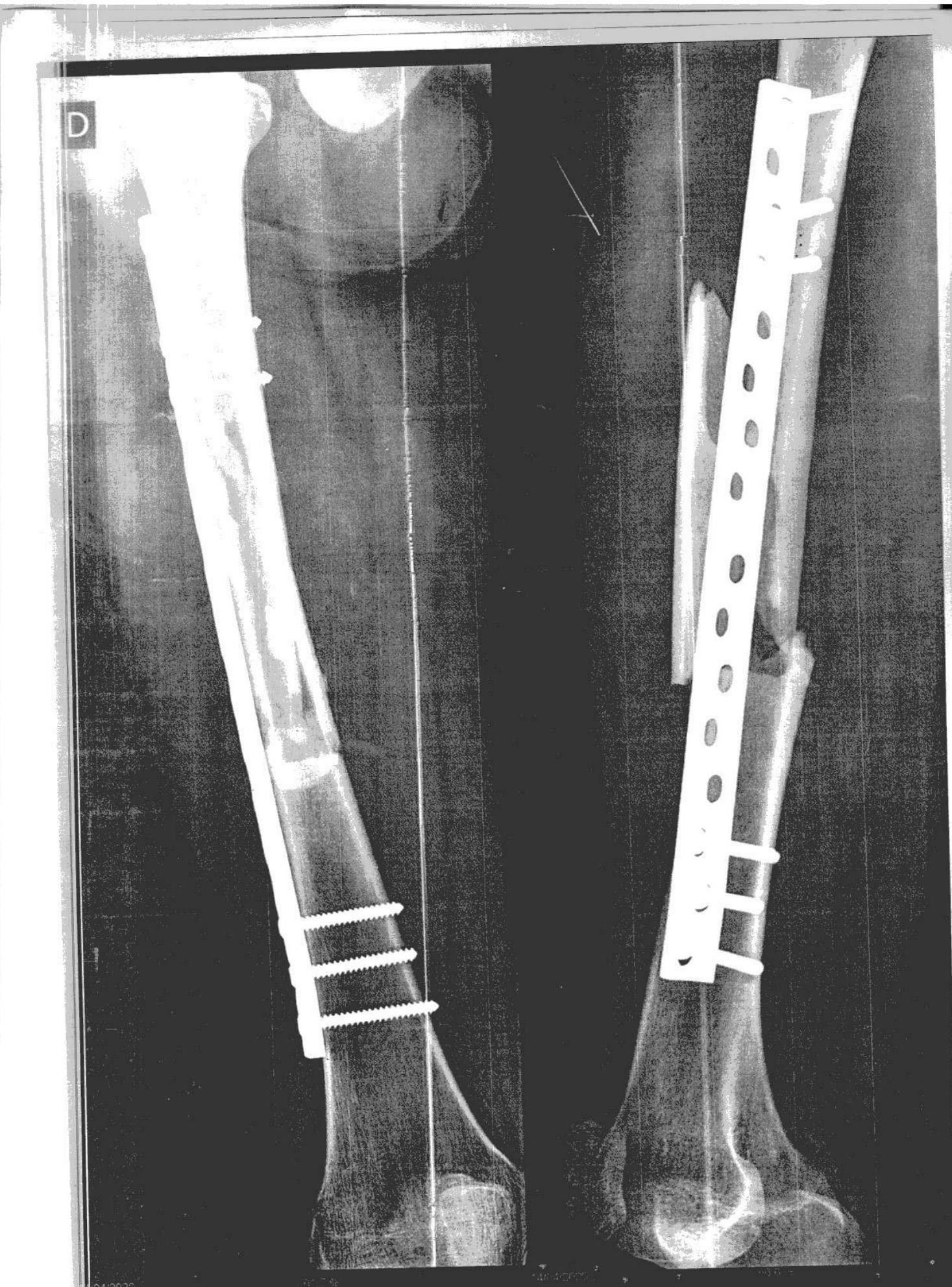


CLEUDIONNE DA SILVA BORGES 4328
HOSPITAL CORONEL MOTA

Wilson

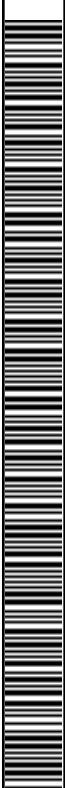
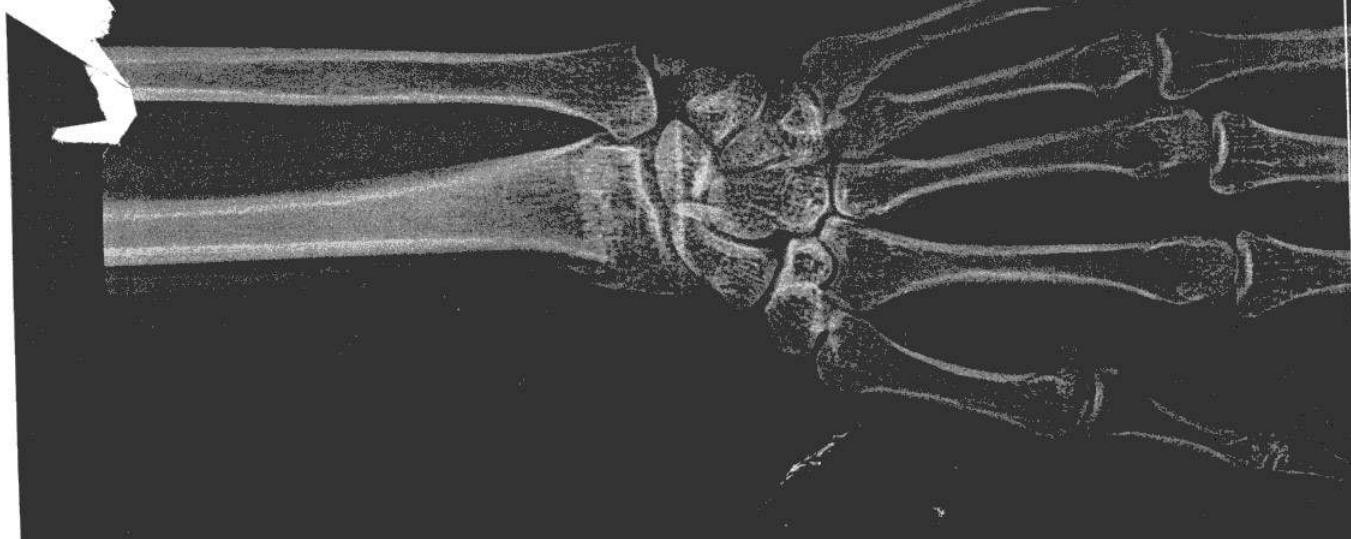
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5EZ JPUNL VF5EH 3RNJR

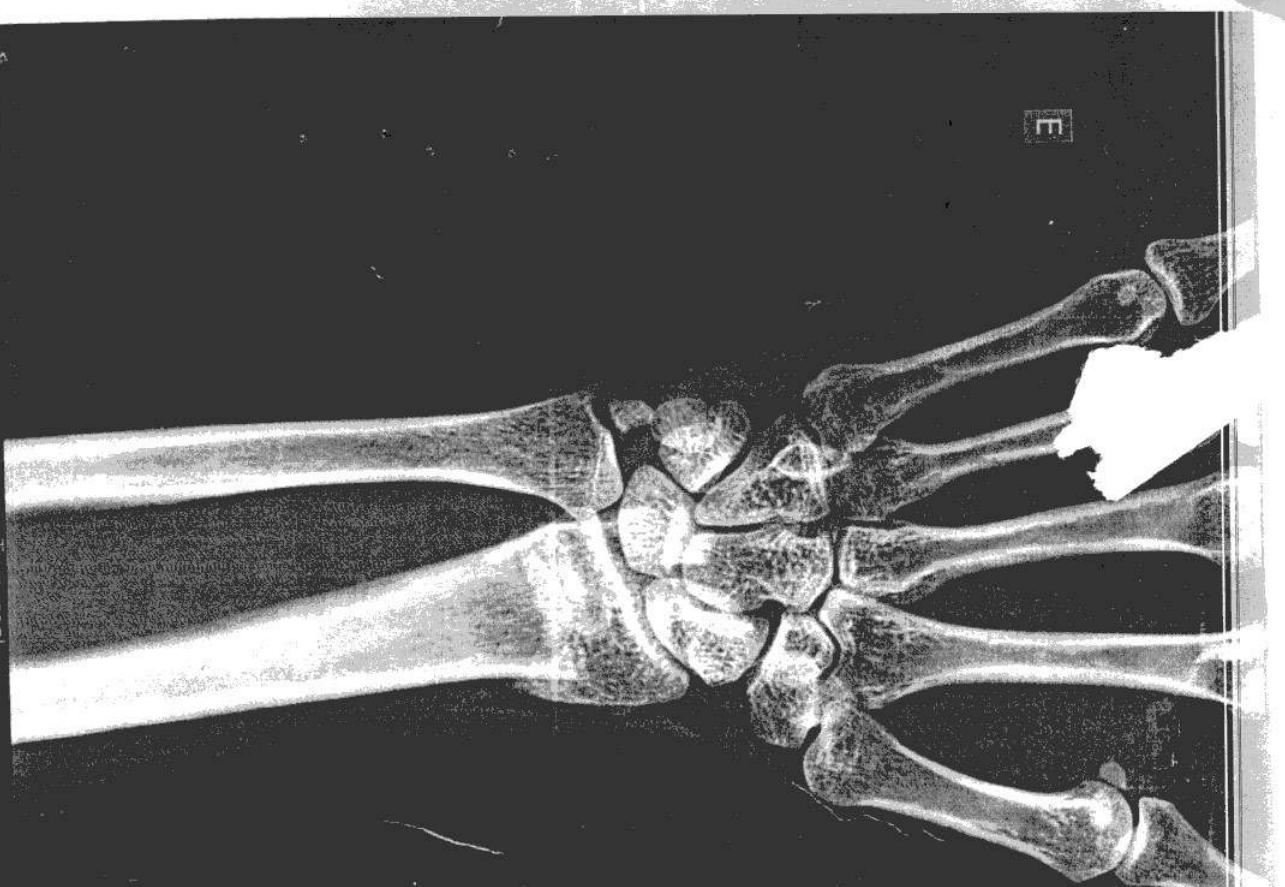




CLEUDIONNE DA SILVA BORGES

4328





25/05/2020

Tam. real

CLEUDIANNE DA SILVA BORGES

3962

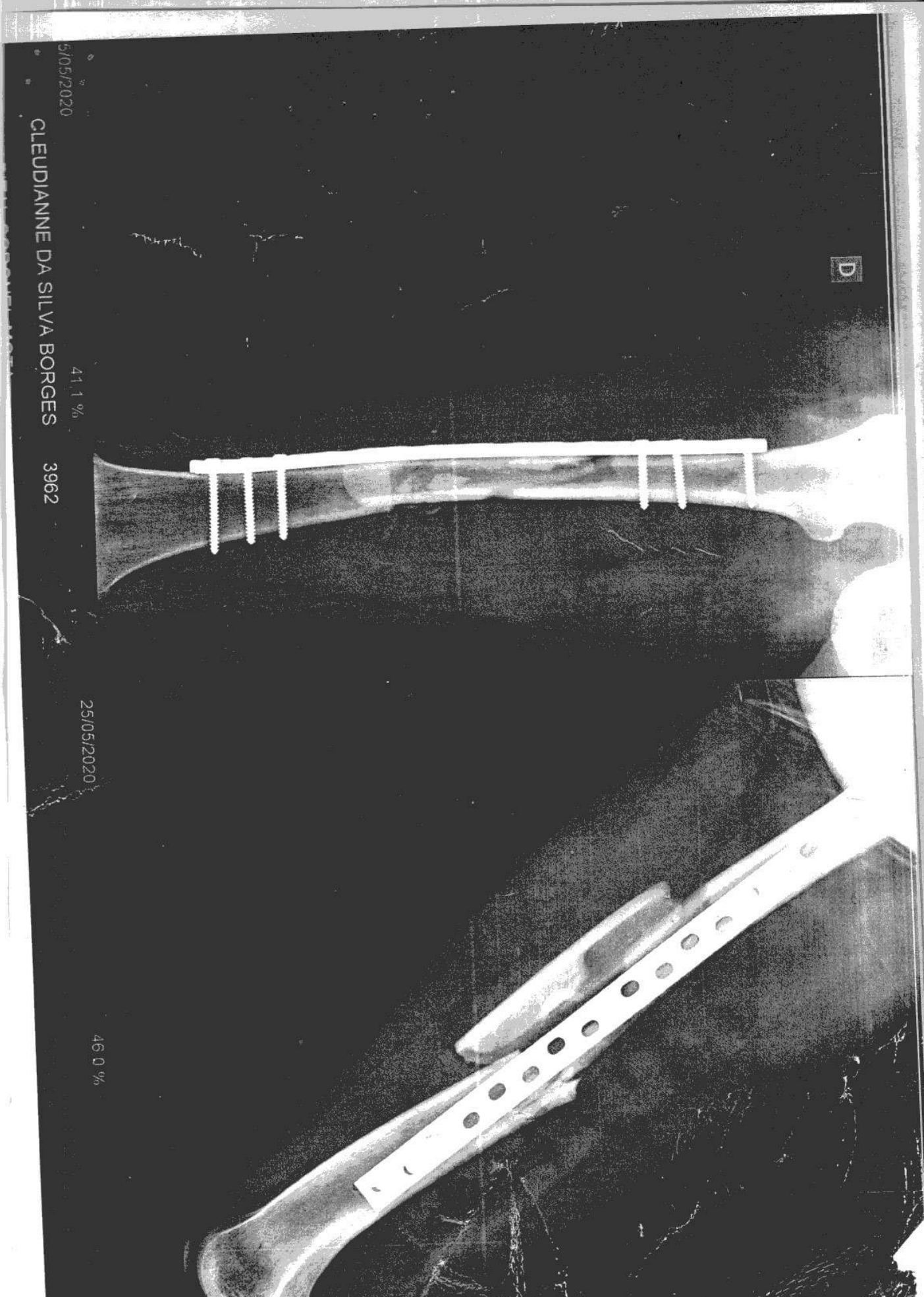
Ana Quezia



25/05/2020

Tam. real





5/05/2020

CLEUDIANNE DA SILVA BORGES

3962

41.1 %

25/05/2020

46.0 %

D



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.:
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:

118-1

2001229895 12/03/2020 13:15:35

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 17

Paciente CLEUDIANNE DA SILVA BORGES Data Nascimento 28/06/1994 Idade 25 A 8 M 14 D CNS 706203078127062 CPF Prontuário
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 376247 SSP/RR 25/02/2014 F PARDAS BOA VISTA - RR BRASILEIRA
Mãe NOELY DA SILVA BARROS Pai NI Contato (95) 99120-8821 Ocupação
Endereço RUA - PEIXE BOTO - 4446 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Procedimento Sol.		Pressão
Setor	Tipo de Chegada				Registrado por:
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				ANTONIA.SOARES

Queixa Principal *faccide* Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue *respiratória*

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Colisão moto + carro, dor em punho e perna (D) + trauma contuso em região supraorbital.

Exame Físico *D: n/a C: n/a E: n/a*

D: n/a

C: n/a

E: n/a

D: n/a

D: n/a

Hipótese Diagnóstica

Rida crônica encontrada quebrosa (as 13:16).

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
① Diprone 1x EV aguda		
② Tilt test 2x EV aguda		
③ Rx 1x C30 buco maxilar 13:30		
④ Avaliação ortopédica		

*exame feito
exame feito
exame feito*

Conduta *CONFECÇÃO ORIGINAL*
14 SET. 2020

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: antonia.soares
Data Hora: 12/03/2020 13:16:54

2020
04 - Relatório em Tecnologia
04 - Início em Janeiro
Vol. 4.259 - 01.38.42



2001229895

Paciente vítima de acidente de trânsito, operando edema em região periorbital com fraturas em foco.

Aguardando audiência (auditor) de ortopedia para liberação do especialista para condução de biceio.

No momento aos cuidados da ortopedia.

Dra. Juliene Monauer
Cirurgia Bucal Maxilofacial
CRO/RR 127,
15/10

Ortopedia

Vítima possui aviso de revisão
a) fratura orbita + fx punho C
+ fx femur B.

Ort. removido punho + troquíli femur
intervenção.

Solicitação permanecer na praca para
observação e assistência.

Dr. Marcus Brunner
CRM-RP 1917

Sheila
CONFERE CONCORDE
14 SET. 2020

Anexo I

Tiauot

16/10/2020

NIR

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

SUS Sistema Único de Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
6 - N.º DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF
16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO
29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)
Dr. Marcus Brunner
Médico
CRM RR 1917

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - N.º DO BILHETE
38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA
40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO
46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
0308010019
S028 T068

17/10/2020

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ5EZ JPUNL VF5EH 3RNJR



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

AB-2

DATA: 16/03/2020

PACIENTE: CLEUDIANNE DA SILVA Borges DN: 2810694

DIAGNOSTICO(S): fx PUNHO E + fx PERNAS D

DIH: / /

KANBAM: _____ Dieta: _____

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____

Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____

Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____

HCO³: _____ PH: _____ BE: _____ PO²: _____ PCO²: _____

EAS: _____

CULTURAS (/ /): _____

IMAGEM _____

EXAMES DE TRANSFERNCIA (DATA / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____

Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____

Cl: _____ HCO³: _____ PH: _____ BE: _____ PO²: _____ PCO²: _____

EAS _____

IMAGEM _____

ANTIBIÓTICO

USADO: _____

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO: _____

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA: ATB

ATO conservador p/ PUNHO E
BEG, LOTE, COE e CAVOCA, EVITANDO

EVOLUÇÃO CLINICA:

S/ MATERIAL clínico ou SUCOMA X-HO

AB. LINURGIA ORTOPEDICA 21/04/2020

Boa Vista, 16 de MARÇO de 2020. Hora: 09:30

Dr. Lael Silva

Médico

CRM/RN 2015

CRM 2015 / RN

Assinatura/parimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC



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

II QIR INACIO DE SOUZA

B. ANTONIO P GALVAO. 1832 . 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR 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 aqu



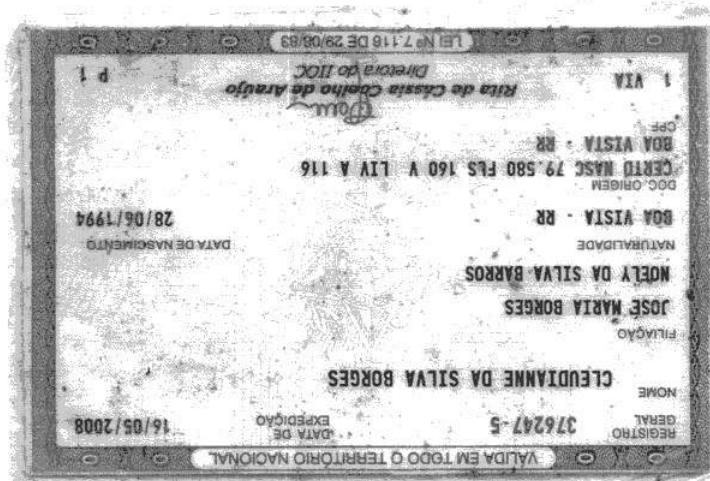
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 22.341.470/0001-44 | IE: 240670000

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 980151096	
NOME ILOIN INACIO DE SOUZA	
	
DOC. IDENTIDADE / C.R.G. EMISSOR/UF 114807 SSP RR	
CPF 383.051.512-04	
DATA NASCIMENTO 07/04/1978	
FILIAÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO	
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA	
PERMISSÃO  ACC.  CATEGORIA  AB	
Nº REGISTRO 01101912304	
VALIDADE 28/01/2020	
1ª HABILITAÇÃO 15/12/1999	
OBSERVAÇÕES 	
	
LOCAL BOA VISTA - ROFAIMA	
ASSINATURA DO PORTADOR	
DATA DE EMISSÃO 30/01/2015	
	
JUSCELINO KUMARASCHI PEREIRA DIRETOR-CHIEF DE UNITE	
APROVADA PELA SECRETARIA	
92485240616 RR207968020	

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://pjjudi.tjri.jus.br/pjjudi/>. - Identificador: PjUEZ.JPUNL.WF3EH.3RNJR





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200336738
Vítima: CLEUDIANNE DA SILVA BORGES

Cidade: Boa Vista
Data do acidente: 12/03/2020

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.
FRATURA DE FÉMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FÉMUR). DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 2/8/9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200336738
Vítima: CLEUDIANNE DA SILVA BORGES

Cidade: Boa Vista
Data do acidente: 12/03/2020

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.
FRATURA DE FÉMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FÉMUR). DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 2/8/9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Cleudianne da Silva Borges

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Entregadora

IDENTIDADE: 376247-5 SSP-RR

ENDEREÇO: Rua Peixe bato, nº: 446, Santa Tereza

OUTORGADO

NOME: Ideir Inácio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114.807 SSP/RR

ENDEREÇO: Rua Antônio Pinheiro Galvão, 1832, Buritis

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: 12/03/2020, cobertura Invalidez, vítima:

Cleudianne da Silva Borges.

* Cleudianne da Silva Borges

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 11 DE Agosto /2020.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265568/20

Vítima: CLEUDIANNE DA SILVA BORGES

CPF: 004.538.812-11

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 12/03/2020

Titular do CPF: CLEUDIANNE DA SILVA BORGES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

CLEUDIANNE DA SILVA BORGES : 004.538.812-11

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: 21/09/2020
Nome: CLEUDIANNE DA SILVA BORGES
CPF: 004.538.812-11

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

CLEUDIANNE DA SILVA BORGES

MANOEL COELHO NETO