

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:
2958615020210122170118

Processo 0800734-25.2020.8.23.0090 ☆ - (35 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 4847 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

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

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div></div> 9	22/01/2021 17:01:18	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
9.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2777331CONTESTACAO01.pdf Público
9.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2777331CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf Público
8	12/01/2021 10:06:03	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 21/01/2021 referente ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div></div> 7	11/01/2021 15:02:46	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	Francisca Anélia Rodrigues da Silva - SJRI Analista Judiciária
<div></div> 6	07/01/2021 18:05:56	CONCEDIDO O PEDIDO	Anita de Lima Oliveira Magistrada
5	17/12/2020 17:41:33	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	17/12/2020 17:41:33	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	17/12/2020 17:41:33	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	17/12/2020 17:41:33	DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA Vara Cível Única de Bonfim	SISTEMA CNJ
<div></div> 1	17/12/2020 17:41:32	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim 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: 3200337395

Vítima: LANDO SARMENTO AVELINO

Data do Acidente: 02/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LANDO SARMENTO AVELINO

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 16143513

LIDER Administradora do Seguro DPVAT		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 703.307.512-04	4 - Nome completo da vítima: Ipando Sarmento Avelino	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: Ipando Sarmento Avelino		6 - CPF: 703.307.512-04	
7 - Profissão: Professor	8 - Endereço: BR. 433	9 - Número: 50 N	10 - Complemento: KM-21,7
11 - Bairro: Comunidade	12 - Cidade: Normandia	13 - Estado: RR	14 - CEP: 69.355-000
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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Brasil			
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>		AGÊNCIA: 4263 3 CONTA: 22526 6	
(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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasoturo (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - Imposição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado			
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)		38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____	
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)		Assinatura da testemunha	
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)		39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____	
		Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 16/05/2020			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) IPANDO SARMENTO AVELINO			
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		43 - Assinatura do Procurador (se houver)	



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 2012/2020 - Registrado em: 18/04/2020 às 13h 36min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 02/04/2020 às 16h 45min

LOCAL DO FATO

Município: NORMANDIA

UF: RR

Logradouro: CASA DE APOIO.

Nº: S/N

CEP: 69350-000

Bairro: CENTRO

Tipo de local: ALDEIA INDIGENA

Referência:

Complemento: COMUNIDADE GUARIBA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

LANDO SARMENTO AVELINO(41), nascido(a) em 16/01/1979, sexo MASCULINO, união estável, exercendo a profissão de PROFESSOR(A),, CPF Nº 703.307.512-04, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de MARIA DALVA SARMENTO AVELINO e LUIZ DIOGO AVELINO, endereço: JOSÉ ALEIXO, 2456, cep: 69312-272, Nº: 2456, bairro: ASA BRANCA, BOA VISTA-RR, referência: PROX. ACADEMIA BELA FORMA, Telefone: (95) 99173-5644.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTO	MOTO TITAN CG 150. DANO PARCIAL

RELATO DA OCORRÊNCIA

UNICO QUE NO DIA 02/04/2020, VINDO DA SEDE DE NORMANDIA PELA BR-433 COM DESTINO À COMUNIDADE GUARIBA, PERDI O CONTROLE DA MOTO AO DESVIAR DE UMA CARÇA NA ESTRADA. OCASIÃO EM QUE FRATUREI O BRAÇO ESQUERDO. TENDO A NECESSIDADE DE REMOÇÃO PELA SESAI PARA O HGR EM BOA VISTA. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

ROGERIO FERREIRA DA SILVA
AGENTE DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 050069788
ASSINADO ELETRONICAMENTE

LANDO SARMENTO AVELINO
LANDO SARMENTO AVELINO
COMUNICANTE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – DAT
“Amazônia: Patrimônio dos brasileiros”



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 2012/2020/2º DISTRITO POLICIAL**

O Sr.º
NOME: LANDO SARMENTO AVELINO
RG : 192654 SSP/RR
SEXO: MASCULINO
DATA DE NASCIMENTO: 16/01/1979
TELEFONE: 99173-5644
ENDEREÇO: RUA – JOSÉ ALEIXO, 2456
BAIRRO: ASA BRANCA

O comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corrigir no Boletim de Ocorrência supracitado os Dados do Veículo, Nome do Proprietário, Data, Hora do Fato.


- PLACA NAQ-2838;
- MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI;
- CHASSI – 9C2KC1670BR602499;
- RENAVAM – 00341017779;
- ANO 2011/2011;
- HORA: 16h45m;
- DIA 02/04/2020;
- LANDO SARMENTO AVELINO (PROPRIETÁRIO);

Agente Carcerário de Polícia Civil
Givanildo da Silva Vieira
Matrícula: 042000855

Boa Vista - RR, 01 de Junho de 2020.

LANDO SARMENTO AVELINO
LANDO SARMENTO AVELINO
Comunicante





RORAIMA ENERGIA
 RORAIMA ENERGIA S.A.
 Av. Capitão Ené Garcia, 591 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

Nº da Nota Fiscal 4843450

SEU CODIGO 0542911-0

A Tarifa Social de Energia Elétrica (TSSE) foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES: MARÇO/2020

VENCIMENTO: 28/04/2020

CONSUMO (KWH): 77

VALOR: R\$ 0,58

LANDO SARMENTO AVELINO
BR 433 KM 21,7 COMUN GUA - COMUNITARIO
CEP: 69.355-000 - NORMANDIA

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	4324	Atual:	21/03/2020	Grupo/Subgrupo:	
Anterior:	4245	Anterior:	19/02/2020	Classe:	
Dias de consumo:	31	Próxima leitura:	20/04/2020	Ligação:	
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	19/03/2020	Húmero Medidor:	
Consumo medido:	77	Apresentação:	21/03/2020	ma de Faturam:	
Consumo Faturado:	77			idade:	

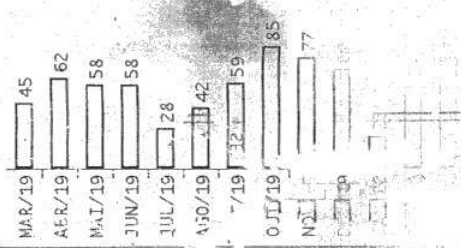
CONSUMO CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 77 A R\$ 0,58

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 77 - 0,469500

Media 12 meses: 54

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Mês	Consumo (KWH)
MAR/19	45
ABR/19	62
MAY/19	58
JUN/19	58
JUL/19	28
AUG/19	42
SET/19	59
OCT/19	85
NOV/19	77

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1

Parabéns! Até o dia 19/03/2020, não constatamos nessa Unidade Consumidora.

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO A60D.54C6.0E1D.43F7.08BD.81F6.D1EF.A15F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES	
Energia:	24,19	Imposto:	0,00
Distribuição:	10,60	Contribuição:	0,00
Transmissão:	0,00	Tributos:	0,00
Encargos:	1,37	Outros:	0,00
Tributos:	0,57	TOTAL:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIO			FIO		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Realizado	0,00			0,00		
Conjunto	Período de apuração:					



04/05/2020

Via de Pagamento para o mês/ano 05/2020 referente a 00.000.000



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 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 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
-------------------------	----------------	-----------------------------

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

980151096

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ASTIFICAR

1096

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

750009.000000001081.917005200055





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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Ilair Inácio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Rando Sarmiento Avelino inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.307.512 / 04
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rando Sarmiento Avelino
inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.307.512 / 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: Antonio Linheiro Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95)98404-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 16/08/2020

Assinatura do Declarante

02/04/2020

... Guia de Atendimento 17 ...

Visto
UVE



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

1ª Classificação: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:
Reclassificação: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:

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

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

2001234906 02/04/2020 20:49:26 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 11

Paciente: LANDO SARMENTO AVELINO Data Nascimento: 16/01/1979 Idade: 41 A 2 M 17 D CNS: CPF: 07 Prontuário:
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: Data Emissão: Sexo: M Estado Civil: Raça/Cor: Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
Mãe: MARIA DALVA SARMENTO AVELINO Pai: Contato:
Endereço: -- SN -- Ocupação:

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:
Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: JOSIEL ROSAS

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Queda de moto

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

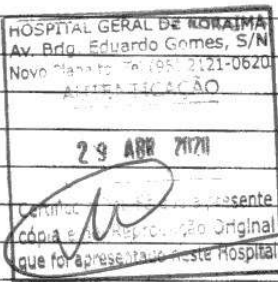
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h): Paciente relatou cair de moto, sobre laje de MSE, sem lesões visíveis.

Exame Físico: ORTOPEDIA: Posição anormal dos braços no cotovelo (S) e falta de força de movimento (S) e dor ao movimento do braço II

Hipótese Diagnóstica: Trauma de MSE

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

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO



Dr. Arnaldo J. H. F. F. CRM 1554 RR / RQ 176
Cirurgia Geral

Bruno Vieira
CRM 1231 RR
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

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

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: Bruno Vieira
Carimbo e Assinatura de Médico: Bruno Vieira
CRM 1231 RR
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

Impresso por: Josiel Rosas
Data Hora: 02/04/2020 20:50:15



2001234906

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO LESTE DE RORAIMA

☒ Urgência / Emergência ☐ CASAI (Retorno) ☐ Medicina Tradicional ☐ Outro

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE REMOÇÃO

DADOS DO PACIENTE / ORIGEM DO PACIENTE

Nome do Paciente: Sando Samirto Avelino
Data de Nascimento: 16/01/1979 Idade: 41 Etnia: Mocuxi Sexo: M
Comunidade: Guoiba Polo Base: Bismack Município: Normandia
PACIENTE: N° Cartão do SUS: 703.2026.02058197 N° RG: 192.654 N° CPF: 703.307.512-04
Filiação: Luiz Diogo Avelino e Maria Dalva Samirto Avelino
Nome do Acompanhante: Jeane Almeida da Silva N° CPF do Acompanhante: _____

AValiação Clínica Realizada pelo Profissional (Motivo da Remoção)

DESCRIÇÕES DOS SINAIS E SINTOMAS: Encaminhado o paciente vítima de acidente de motocicleta com suspeita de fratura no M.S.E.
Acidente ocorrido na BR. 433, aproximadamente às 16:45 h do dia 02-04-2020.
Removido ao hospital Ruth Brito - Normandia, avaliado, medicado
HD: e encaminhado ao HGR pelo médico Dr. Rosmário Córdas.
CONDUTA REALIZADA PELO PROFISSIONAL:
Imobilização, Tenoxicam + Dipirona c.v.

MEDICAMENTO DE USO CONTINUO: ☒ NÃO ☐ SIM
QUAL? _____

DESTINO DO PACIENTE

☒ HGR ☐ MATERNIDADE ☐ HOSP. DA CRIANÇA ☐ PAJÉ, LOCAL: _____
☐ OUTRA UNIDADE HOSPITALAR (LOCAL / MUNICÍPIO) _____

MEIO DE TRANSPORTE / ORIGEM DA REMOÇÃO

☐ Aéreo ☒ Terrestre Piloto / Motorista: Rogério Santana Placa: NW19497

RESPONSÁVEL PELA REMOÇÃO

SOLICITANTE - NOME / FUNÇÃO (ASS. E CARIMBO):
1° CPF DO SOLICITANTE: 660.854.622-04
TÉCNICO ACOMPANHANDO A REMOÇÃO - NOME / FUNÇÃO (ASS. E CARIMBO):
2° CPF DO PROFISSIONAL: Raquel Brás
DATA DA REMOÇÃO: 02/04/2020 HORA DA SAÍDA DA REMOÇÃO (ORIGEM): 18:30 h.

UNIDADE DE SAÚDE RECEPTORA DO PACIENTE:

RECEBIDO POR: _____ DATA DA CHEGADA DA REMOÇÃO ____/____/____ HORA _____
Assinatura na unidade da profissional receptora e carimbo

Via de Pagamento para o mês/ano: 05/2020 referente a CC: 1000000000



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, GENTIRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

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

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



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

IE: 240070223

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL 980151096	NOME LOIR INACIO DE SOUZA		
		DOC IDENTIDADE / RG EMISSORUF 114807 SSP RR	
		CPF 303.051.512-04	DATA NASCIMENTO 07/04/1978
		FILIAÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO	
		ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA	
980151096	PERMISSÃO	ACC	CAT/AB AB
	Nº REGISTRO 01101012304	VALIDADE 28/01/2026	1ª HABILITAÇÃO 15/12/1999
	OBSERVAÇÕES		
	 ASSINATURA DO PORTADOR		
VALIDAR 1096	LOCAL BOA VISTA - ROPAIMA		DATA DE EMISSÃO 30/01/2015
	92485240616 RR207968020		

750009.000000001081.917005200055



ASVIFCAP

7096



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ

 Polegar Direito



LANDO SARMENTO AVELINO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DATA DA EMISSÃO DO BRASIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **192654** DATA DE EXPEDIÇÃO **17/01/2020**

NOME
LANDO SARMENTO AVELINO

FILIAÇÃO
LUIZ DIOGO AVELINO

NATURALIDADE
MARIA DALVA SARMENTO AVELINO

BOA VISTA - RR

DOC. OFIIGEM
CERTD NASC 19409 FLS 158 LIV A-17

BOA VISTA-RR

CPF
703.307.512-04

2ª VIA

DATA DE NASCIMENTO
16/01/1979

PIS/PASEP:
P1

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Diretor do IODC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DATA DA EMISSÃO DO BRASIL

PROIBIDO PLASTIFICAR



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200337395

Cidade: Normandia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LANDO SARMENTO AVELINO

Data do acidente: 02/04/2020

Seguradora: ARUANA SEGURADORA 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: TRAUMA CONTUSO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

