

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	Apenasamentos (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														
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														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">9.1 Arquivo: Petição</td><td style="width: 40%;">Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="width: 40%; text-align: right;"> 2777331CONTESTACAO01.pdf</td><td style="width: 10%; text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>9.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;"> 2777331CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;"> KIT SEGURADORA LDER.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> </table>						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
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														
LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA 8 12/01/2021 10:06:03 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. EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE 7 11/01/2021 15:02:46 Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis																	
CONCEDIDO O PEDIDO 6 07/01/2021 18:05:56 CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL 5 17/12/2020 17:41:33 RECEBIDOS OS AUTOS 4 17/12/2020 17:41:33 REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR 3 17/12/2020 17:41:33 Registro de Distribuição DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA 2 17/12/2020 17:41:33 Vara Cível Única de Bonfim																	
JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL 1 17/12/2020 17:41:32																	



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.

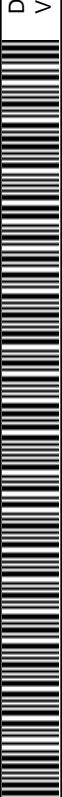
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

703.307.512-04 Ipano Sarmento Avelino

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Ipano 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: Comunitário 12 - Cidade: Normandia 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.355-000

15 - E-mail: ILOERRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95)398404-5368

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil

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 teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? 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 299º do Código Penal.

34
Impressão digital da vítima ou de 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 - 1^a | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

NAO ALFABETIZADO

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjri.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ6RE H6HHQ F9ZR9 LWVEK

A standard linear barcode is positioned vertically along the right edge of the page.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA 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

ANICO 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 CARCAÇA 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 POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

ROGERIO FERREIRA DA SILVA
AGENTE DE POLICIA
MATRÍCULA: 050069788
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

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 N° 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
ENDERECO: 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);

Boa Vista - RR, 01 de Junho de 2020.

LANDO SARMENTO AVELINO
Comunicante

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

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: PJ6RE H6HHQ F9ZR9 LWVEK



RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - 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 SETAZ 366/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO
SEU CÓDIGO: 0542911-0

Nº da Nota Fiscal: 4843450

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA-MES MARCO/2020 **VELOCIMENTO** 28/04/2020 **CONSUMO (KWH)** 77 A 85,38

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:	4322	Atual:	21/03/2020	Grupo/Subgrupo:	
Anterior:	4245	Anterior:	19/03/2020	Classe:	
Dias de consumo:	31	Próxima leitura:	28/04/2020	Ligação:	
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	19/03/2020	Húmero medidor:	
Consumo medido:	77	Apresentação:	21/03/2020	Máscara de Faturamento:	
Consumo Faturado:	77			Vade:	

DESCRICAÇÃO DA CONTA
CONSUMO 77 A R\$ 85,38
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)

OUTRAS INFORMAÇÕES
TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 77 - 0,469500

Media 12 meses: 54

HISTÓRICO DE MEDIDAÇÕES

Mês	Leitura
MAR/19	45
ABR/19	62
MAY/19	58
JUN/19	58
JUL/19	28
AGO/19	42
SET/19	59
OCT/19	85
NOV/19	77

LIGUE 08007819120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1.º PAVABENS! 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\$

Energia:	24,19	Encargos:	1,37
Distribuição:	10,68	Tributos:	8,57
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS / CONTRIBUIÇÕES

Base Cálculo:	17.000
ICMS:	0,20% auto
COFINS:	1,75%

INDICADORES DE CONTRIBUIÇÃO

DIG	FIG	PERÍODO
Mensal	Trimestral	Anual
0,00	0,00	0,00
Realizado	0,00	0,00
Conjunto		Período de apuração



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 Ilan Inácio de Souza

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

Lando Sormento Avelino

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.307.512 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima Lando Sormento 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 Lider-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 Linhares Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail:	<u>IL0IRRR@NOTMAIL.COM</u>	Tel.(DDD):	<u>(95)98404-5368</u>	

Local e Data: Boa Vista - RR, 16/09/2020

Assinatura do Declarante

02/04/2020

...:: Guia de Atendimento 17 ::...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1º Classificação	Reclassificação	Reclassificação			
		<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.			
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	
Mãe MARIA DALVA SARMENTO AVELINO			Pai			Contato	
Endereço --SN--						Ocupação	
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº 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 ESPONTÂNEA	Procedimento Sol.		Registrado por: JOSIEL.ROSAS			
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem		GSC					TOTAL
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)		AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6					
<p><i>Facinha este é dia de rock, sobre facinha de MSE</i></p> <p><i>Exame Físico</i></p> <p><i>ORTOPÉDIA: lesões ósseas</i></p> <p><i>os braços no cotovelo (S) e</i></p> <p><i>esta goma no antebraço (S)</i></p> <p><i>exames normais as xixas</i></p>							
<p>Hipótese Diagnóstica <i>trans de MSE</i></p> <p>SADT - Exames Complementares</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:</p>							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
<p>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brdg. Eduardo Gomes, S/N Novo Horizonte Tel. (95) 2121-0520 ALERTA: <i>29 ABR 2020</i></p> <p><i>Certifico que esta é a cópia e não o documento original que foi apresentado neste hospital</i></p>				<i>Assinatura no consultório e</i> <i>assinatura na saída.</i>	<i>Bruno Vieira CRM-1231 RR</i> <i>Médico Residente</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i>		
<p>Conduta</p> <p><input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>ortopedia</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação</p> <p>Data e Hora da Saída/Alta: / / : :</p>							
Óbito	Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :						
Assinatura do Paciente ou Responsável				<p><i>Kleo</i></p> <p><i>Carambo e Assinatura do Médico</i> Bruno Vieira CRM 1231 RR Médico Residente Ortopedia e Traumatologia</p>			
Impresso por: josiel.rosas Data Hora: 02/04/2020 20:50:15				 <p>2001234906</p>			

DISTRITO SANTÁRIO ESPECIAL, INDÍGENA DO LESTE DE ROBAIMA

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE REMOÇÃO

Urgência / Emergência CASAI (Retorno) Medicina Tradicional Outro _____

DADOS DO PACIENTE / ORIGEM DO PACIENTE

Nome do Paciente: *Grandz Samurto Avelino*
Data de Nascimento: *16/01/1979* Idade: *41* Etnia: *Mocyre* Sexo: *M*
Comunidade: *Guariuba* Polo Base: *Pimorock* Município: *Neirandiba*
PACIENTE: N° Cartão do SUS: *703 2026 0205 8197* N° RG: *192 654* N° CPF: *703.307.512-04*
Filiação: *Luiz Diogo Avelino e Maria Dulva Sacramento Avelino*
Nome do Acompanhante: *Jeane Almeida ola silva* N° CPF do Acompanhante:

AVALIAÇÃO CLÍNICA REALIZADA PELO PROFISSIONAL (MOTIVO DA REMOÇÃO)

DESCRIÇÕES DOS SINAIS E SINTOMAS: *Encaminho o paciente vítima de acidente de motocicleta com suspeita de Fratura no M.S.E.*
Acidente ocorrido na BR. 433, aproximadamente às 16:45 hs do dia 02-04-2020.
Removido ao hospital Ruth Quiteria - Neirandiba, avaliado, judicado HD: e encaminhado ao HGR pelo médico - Dr. Rosmaldo Colodas.

CONDUTA REALIZADA PELO PROFISSIONAL:
Injetabilizações, Tenoxicam + Dipirona ev.

MEDICAMENTO DE USO CONTINUO: NÃO SIM

QUAL?

DESTINO DO PACIENTE

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

MEIO DE TRANSPORTE / ORIGEM DA REMOÇÃO

Aéreo Terrestre Piloto /Motorista: *Rogerio Santana* Placa: *NW 19497*

RESPONSÁVEL PELA REMOÇÃO

SOLICITANTE - NOME/ FUNÇÃO (ASS. E CARIMBO):
1º CPF DO SOLICITANTE: *660.854 622-04*

CARREGADOR ACOMPANHANDO A REMOÇÃO - NOME/FUNÇÃO (ASS. E CARIMBO):
CARREGADOR ACOMPANHANDO A REMOÇÃO - NOME/FUNÇÃO (ASS. E CARIMBO):

*CPF DO PROFISSIONAL: *Raquel Braga*

ATA DA REMOÇÃO: *02/104/2020* HORA DA SAIDA DA REMOÇÃO (ORIGEM): *18:30 hs.*

UNIDADE DE SAÚDE RECEBEDORA DO PACIENTE:

CEBIDO POR: _____ DATA DA CHEGADA DA REMOÇÃO / / HORA _____

natura na unidade da profissional recebedora e carimbo



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: PJ6RE H6HHQ F9ZR9 LWVEK



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

