

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



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:

703.307.512-04

4 - Nome completo da vítima:

Ipano 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:

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:

ILORRR@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(65) 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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 4263

CONTA: 22526

(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

Sim

Não

nascituro (vai nascer)?

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

pais/avós vivos?

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

40 - Local e Data, 300 vista - RR, 16/10/2020

XANDO SARMENTO AVELINO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

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
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**
ENDEREÇO: **RUA – JOSÉ ALEIXO,2456**
BAIRRO: **ASA BRANCA**

O comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corrigar 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.

Landosarmento Avelino
LANDO SARMENTO AVELINO
Comunicante



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 SFAZ 368/13

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.

CÔNTA MÊS MARÇO/2020 VENCIMENTO 28/04/2020 CONSUMO (KWH) 77

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

DADOS DA LEITURA (KWH)	
Atual:	422
Anterior:	425
Dias de consumo:	31
Constante de Multiplicação:	1.000
Consumo medido:	77
Consumo Faturado:	77

DATAS DA LEITURA	
Atual:	27/03/2020
Anterior:	19/02/2020
Próxima leitura:	20/04/2020
Emissão:	19/03/2020
Apresentação:	21/03/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Grupo/Subgrupo:	
Classe/Tipo:	
Ligações:	
Hábito Medidor:	
Período de Faturamento:	
Unidade:	

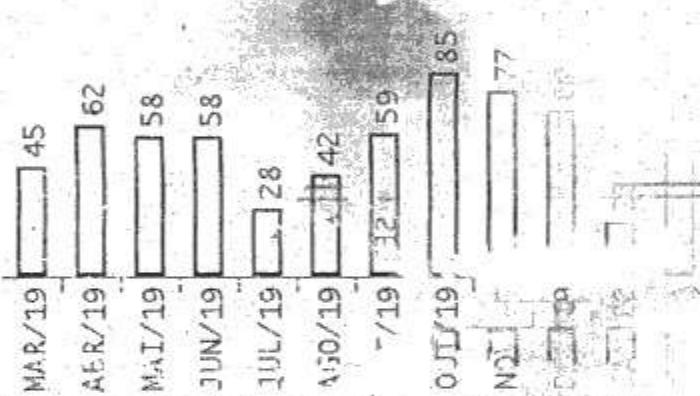
DESCRICAÇÃO DA CONSUMO 77 A R\$ 0,548
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)

OUTRAS INFORMAÇÕES

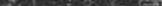
TARIFA SEM TRIBUTOS:
8 A 77 - 0,469500

Média 12 meses: 54

HISTÓRICO DE MEDIDAÇÕES



LIGUE 080087819120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO!
Parabéns! Até o dia 19/03/2020, não constatamos
necessidade de interrupção de fornecimento para
essa 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:	10,60	Tributos:	8,57
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS / CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base Cálculo:	32,00
ICMS:	17,00
PIS:	0,30
COFINS:	1,75

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			PIC			
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	
Último:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Realizado:	0,00			0,00		0,00	
Corrigido:							

Período de apuração:



BORAIMA 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

JUAN INACIO DE SOUZA

B. ANTONIO P GALVÃO, 1832 . 4

EXERCISES

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

[se corte aqui](#)

BORAIMA ENERGIA



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

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089179	05/2020	R\$ 554,71

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME	ILOIR INACIO DE SOUZA		
	DOC IDENTIDADE / RG EMISSOR/RF	114807 SSP RR	
	CPF	383.051.512-04	DATA NASCIMENTO 07/04/1978
<small>VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL</small> 980151096	FILHA/ÃO		
	JOSE SOUZA DE ASSUNCAO		
<small>TIPOLOGIA</small>	ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA		
	PERMISSAO	ACC	CAT/MB AB
Nº REGISTRO	01101912304	VALIDADE	28/01/2020
		I ¹ HABILITACAO	15/12/1999
OBSERVACOES			

750009.00000001081.917005200055

VALOR EM TODO
TERRITÓRIO NACIONAL

ASTHICAR

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 Iloir Inácio de Souza

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

Bando Sormento Avelino

inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.307.512 / 04,

do sinistro de DPVAT cobertura Involidez

da Vítima Bando 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:

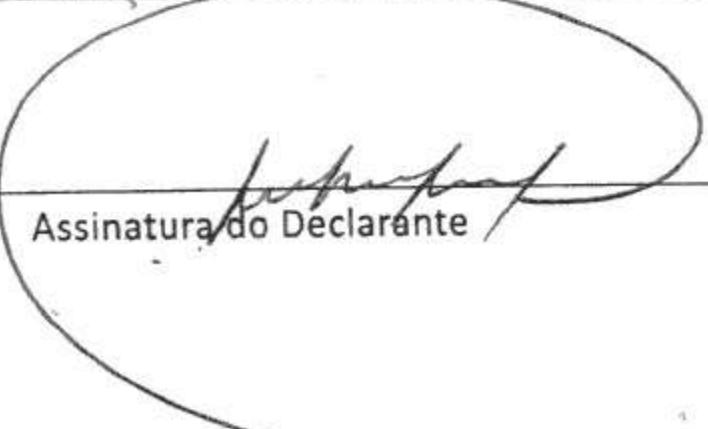
Recuso informar

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>ILOIRR@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>(65) 98404-5368</u>

Local e Data:

Boa Vista - RR, 16/09/2020


Assinatura do Declarante



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

1º Classificação 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 BRASIL	
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 <i>Queda de moto</i>	(<input type="checkbox"/>) Síndrome Febril (<input type="checkbox"/>) Sintomático Respiratório (<input type="checkbox"/>) Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) <i>Facinha rebote caiu de moto, sobre laje de MSE.</i> <i>fora da pista.</i>							
Exame Físico <i>trauma de MSE</i>	ENFOPATIA: <i>Periorbita edema</i> <i>os braços e cotovelo () e</i> <i>falso osso em ambas ()</i> <i>braços inteiros ()</i>						
Hipótese Diagnóstica <i>trauma de MSE</i>							
SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TCC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brdg. Eduardo Gomes, S/N Novo Horizonte Tel: (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO <i>29 APR 2021</i>			<i>Atendimento na consulta e</i> <i>continuar na ()</i>				
<i>Centro de atendimento à saúde</i> <i>cópia e/ou reprodução original</i> <i>que for apresentado neste hospital</i>			<i>Dr. Arimatéa J. H. Ferreira</i> <i>CRM 1554 RR RG: 178</i> <i>Cirurgia Geral</i>				
			<i>Bruno Vieira</i> <i>CRM-1231 RR</i> <i>Médico Residente</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i>				
Conduta <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>	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :						
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

Carimbo e Assinatura do Médico

Bruno Vieira

CRM 1231 RR

Médico Residente

Ortopedia e Traumatologia



Urgência / Emergência CASAI (Retorno) Medicina Tradicional Outro _____

DADOS DO PACIENTE / ORIGEM DO PACIENTE

Nome do Paciente: Sando Sammerto Avelino
 Data de Nascimento: 16/01/1979 Idade: 41 Etnia: Mocyre Sexo: M
 Comunidade: Gruiba Polo Base: Pimrock Município: Norramondia
 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 Dalva Sammerto Avelino
 Nome do Acompanhante: Jeane Almeida da Silva N° CPF do Acompanhante:

AVALIAÇÃO CLÍNICA REALIZADA PELO PROFISSIONAL (MOTIVO DA REMOÇÃO)

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

CONDUTA REALIZADA PELO PROFISSIONAL:

Inobilizações, 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 / MUNICIPIO) _____

MEIO DE TRANSPORTE / ORIGEM DA REMOÇÃO

Aéreo Terrestre Piloto / Motorista: Roperio Santana Placa: NW 1 9497

RESPONSÁVEL PELA REMOÇÃO

SOLICITANTE - NOME/ FUNÇÃO (ASS. E CARIMBO):

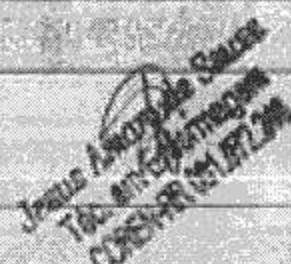
1º CPF DO SOLICITANTE: 660.854.622-04

TÉCNICO 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 hrs.



UNIDADE DE SAÚDE RECEBEDORA DO PACIENTE:

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

natura na unidade da profissional recebedora e carimbo



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

JOAQUIM INACIO DE SOUZA

B. ANTONIO P GALVÃO, 1832 , 4

EXERCISES

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

- Ligue Roraima Energia! 2011 autenticação mecânica

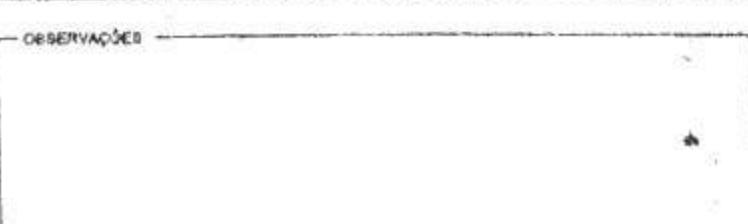
reporte aquí

BORAIMA ENERGIA



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

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089179	05/2020	R\$ 554,71

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
HOME	
YLOIR INACIO DE SOUZA	
	
- DOC IDENTIDADE / RG EMISSOR/RF 114807 SSP RR	
- CPF 303.051.512-04	
- DATA NASCIMENTO 07/04/1978	
- FILIAÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO	
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA	
- PERMISSÃO 	
- ACC 	
- CAT/MB AB	
- TITULAR	
- N° REGISTRO 01101912304	
- VALIDADE 28/01/2026	
- HABILITAÇÃO 15/12/1999	
- OBSERVAÇÕES 	

750009.00000001081.917005200055



VALIDA EM 1000
TERRITÓRIO NACIONAL
380151096

卷之三



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **192654**

DATA DE EXPEDIÇÃO **17/01/2020**

NOME **LANDO SARMENTO AVELINO**

FILIAÇÃO
LUIZ DIOGO AVELINO
MARIA DALVA SARMENTO AVELINO

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

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

BOA VISTA-RR

CPF
703.307.512-04

2ª VIA

A
AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópista da Polícia Civil
Diretor do IOC

PIS/PASEP:
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PI

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