

---

**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



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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 4263 3 CONTA: 22526 6 (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 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, Boa Vista - RR, 16/09/2020

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**

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 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 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);

Boa Vista - RR, 01 de Junho de 2020.

LANDO SARMENTO AVELINO

LANDO SARMENTO AVELINO

Comunicante

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





Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0542911-0

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 368/13

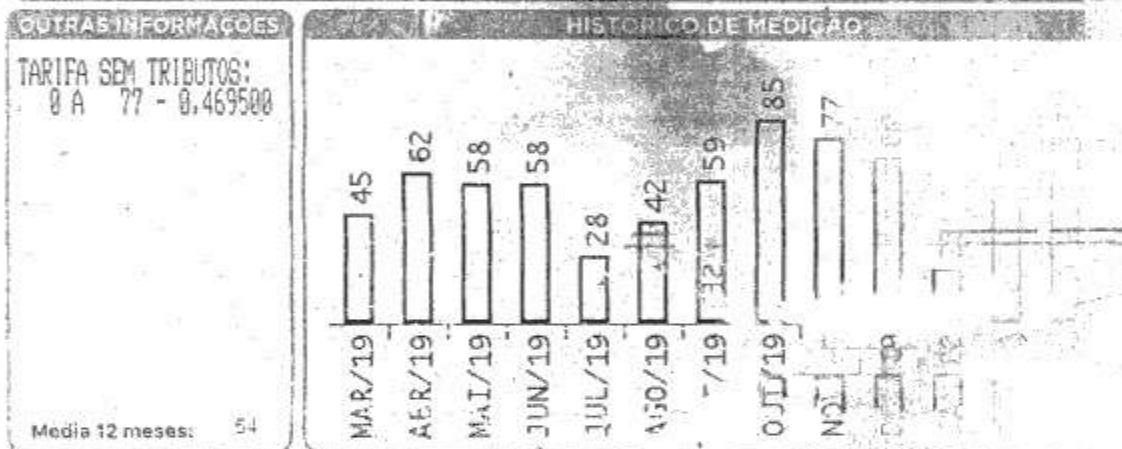
Nº da Nota Fiscal 4843450

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

CONTA 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)	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: 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 77 A R\$ 0,534  
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1.6

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

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES			
Energia:	24,19	Encargos:	1,37	Bas. Calc.	17,00		
Distribuição:	10,60	Tributos:	0,57	ICMS:	0,20		
Transmissão:	0,00			CONSUMO:	1,73		

INDICADORES DE CONTINUIDADE						
	DIC			FIC		
	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: 01/03/2020 a 28/03/2020



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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / RG EMITIDAUF  
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/MSB  
A.B

Nº REGISTRO  
01101912304

VALIDADE  
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO  
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
30/01/2015

92485240616  
RR207968020

750009.000000001081.917005200055





Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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

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 Linheires 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, 16/09/2020

Assinatura do Declarante





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

1ª 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<sup>07</sup>

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

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 ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

JOSIEL.ROSAS

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Queixa de dor

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente chega com dor no joelho, sobre trauma de MSE.

Exame Físico

ORTOPEDIA: Ressonância magnética  
do joelho no cotovelo (E) e  
fala gozando do ambiente (E)  
examinando a pele //

Hipótese Diagnóstica

Trauma de MSE

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Bdg. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto Tel: (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

29 ABR 2020

Cópia e reprodução Original  
que for apresentada neste Hospital

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

Bruno Vieira  
CRM 1231 RR  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☒ Transferência para:

Ortopedia

☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico  
Bruno Vieira  
CRM 1231 RR  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia

Impresso por: josiel.rosas

Data Hora: 02/04/2020 20:50:15



2001234906



☒ FICHA DE SOLICITAÇÃO DE REMOÇÃO  
☒ Urgência / Emergência ☐ CASAI (Retorno) ☐ Medicina Tradicional ☐ Outro

## DADOS DO PACIENTE / ORIGEM DO PACIENTE

Nome do Paciente: Sando Samurto Avelino  
 Data de Nascimento: 16/01/1979 Idade: 41a. Etnia: Mocuxi Sexo: M.  
 Comunidade: Guoiba Polo Base: Bimrack Município: Neomândia  
 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 Samurto Avelino  
 Nome do Acompanhante: Joane 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 Aquino - Neomândia, avaliado, medicado  
HD: e encaminhado ao HGR pelo médico - Dr. Rosivaldo Córdas.

## CONDUTA REALIZADA PELO PROFISSIONAL:

Imobilizações, 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

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

2° CPF DO PROFISSIONAL: Raquel Brorly

DATA DA REMOÇÃO: 02/04/2020

HORA DA SAÍDA DA REMOÇÃO (ORIGEM): 18:30 h.

## UNIDADE DE SAÚDE RECEBEDORA DO PACIENTE:

RECEBIDO POR: \_\_\_\_\_ DATA DA CHEGADA DA REMOÇÃO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

Instituir na unidade da profissional recebedora e carimbo

João Antonio da Silva  
 T.O. em Emergência  
 CRP-RR 001.872.200





RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, GENTIRO - 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 TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
 VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 980151096	NOME LLOIR INACIO DE SOUZA		
		DOC IDENTIDADE / C.R.G. EMISSORAUF 114807 SSP RR	
		CPF 303.051.512-04	DATA NASCIMENTO 07/04/1978
		FILIAÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO  ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA	
 980151096	TITULO	PERMISSÃO 	ACC 
	CAT. JAB AB	Nº REGISTRO 01101912304	VALIDADE 28/01/2020
	1ª HABILITAÇÃO 15/12/1999		OBSERVAÇÕES
	 ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 30/01/2015		
92485240616 RR207968020			

750009.000000001081.917005200055

VALOR EM TUDO  
TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

AS YET, THE AR

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

CADA 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**  
**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**

DATA DE NASCIMENTO  
**16/01/1979**

PIS/PASEP:

**AMADEU ROCHA TRIANI**  
Perito Papiloscópico de Polícia Civil  
Diretor do IOC

P1

PROIBIDO PLASTIFICAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CADA DO BRASIL

# 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