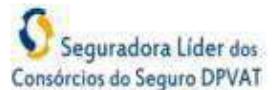


RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0392571/19

Vítima: HENRIQUE MOTA PENHALOSA

CPF: 009.705.102-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/12/2017

Titular do CPF: HENRIQUE MOTA PENHALOSA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

HENRIQUE MOTA PENHALOSA : 009.705.102-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/11/2019
Nome: HENRIQUE MOTA PENHALOSA
CPF: 009.705.102-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

HENRIQUE MOTA PENHALOSA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

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, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190628904

Vítima: HENRIQUE MOTA PENHALOSA

Data do Acidente: 01/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HENRIQUE MOTA PENHALOSA

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, contatos 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



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, 12 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190628904

Vítima: HENRIQUE MOTA PENHALOSA

Data do Acidente: 01/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), HENRIQUE MOTA PENHALOSA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 01/12/2017, emitida pelo Dr. ELIAS CARVALHO SOUSA, CRM nº 1103 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

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:
00970510209

4 - Nome completo da vítima:
HENRIQUE MOTTA PENHALOSA

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

5 - Nome completo:

HENRIQUE MOTTA PENHALOSA

6 - CPF:
00970510209

7 - Profissão:
VIGILANTE

8 - Endereço:
R. ALMERINDO SANTOS

9 - Número:
10 - Complemento:
BURITI

11 - Bairro:
BURITI

12 - Cidade:
BOA VÍSTA

13 - Estado:
RR

14 - CEP:
69309190

15 - E-mail:
—

16 - Tel. (DDD):
45991534279

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:

RECUZO 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: _____

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 00029726 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 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

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:

Sim

Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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)

38 - 1º | 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 - 2º | Nome:

CPF:

40 - Local e Data, BOA VÍSTA, 11/10/19

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Henrique Mota Penhalosa

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033909/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/10/2019 09:11 Data/Hora Fim: 07/10/2019 09:27
Origem: Policia Judiciária Data: 07/10/2019
Delegado de Policia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 01/12/2017 19:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Maria Matriz Vieira

Bairro: Equatorial

Ponto de Referência: Usina de Energia

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: HENRIQUE MOTA PENHALOSA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Alto Alegre Sexo: Masculino Nasc: 22/02/1986
Profissão: Vigilante Escolaridade: Ensino Médio Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Rosalina Mota Nome do Pai: Joaquim Henrique Penhalosa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 009.705.102-09

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua João Artur de Lima Nº: 765
Complemento: Casa (Endereço da Irmã).
Bairro: Alvorada
Telefone: (95) 99153-4279 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Subgrupo
Veículo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário	Placa NAM-2920
Renavam 00771650884	Número do Motor E308E-052302
Número do Chassi 9C6KE010020050242	Ano/Modelo Fabricação 2002/2001
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033909/2019

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo YAMAHA/YBR 125E

Modelo YAMAHA/YBR 125E

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Henrique Mota Penhalosa

Envolvimentos

Possuidor

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido

Desconhecido 1

Envolvimentos

Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não é habilitado compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta também descrita acima e que está em nome de IVANILDO FERREIRA FÉLIX. Que nenhuma característica identificadora da motocicleta ocasionadora, pois a mesma evadiu-se. Que sofreu lesões corporais e **PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.**

DAT

ASSINATURAS

07 OUT. 2019

AGENTE POLICIAL
CONFIRADOR

Henrique Mota Penhalosa
(Envolvido / Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) intitulado(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DANOS (DESPESAS P/ ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Obito simétrico ou AS -

3 - CP de vítima:

00970510209

4 - Nome completo da vítima:

HENRIQUE MOTTA Penhalosa

5 - Nome completo: HENRIQUE MOTTA Penhalosa

6 - Profissão:

ESTUDANTE

7 - Endereço:

R. ALMERINDO SANTOS

8 - Bairros:

BURITI

9 - Cidade:

BOA Vista

10 - Estado:

RR

11 - CEP:

69309190

12 - Número:

145907534279

13 - Complemento:

14 - CPF:

15 - E-mail:

16 - RG/DPI:

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

21 - PROFISSÃO:

22 - INSCRIÇÃO FEDERATIVA:

23 - CONTA POUPANÇA (seus mesmos bancos abertos. Assim só uma opção):

24 - Bradesco (237)

25 - Itaú (343)

26 - Banco Brasil (001)

27 - Caixa Econômica Federal (104)

28 - AGENCIA:

30247

29 - CONTA:

00029726

30 - (Inscrição digitalizada)

31 - (Inscrição digitalizada)

32 - (Inscrição digitalizada)

33 - (Inscrição digitalizada)

34 - (Inscrição digitalizada)

35 - (Inscrição digitalizada)

36 - (Inscrição digitalizada)

37 - (Inscrição digitalizada)

38 - (Inscrição digitalizada)

39 - (Inscrição digitalizada)

40 - (Inscrição digitalizada)

41 - (Inscrição digitalizada)

42 - (Inscrição digitalizada)

43 - (Inscrição digitalizada)

44 - (Inscrição digitalizada)

45 - (Inscrição digitalizada)

46 - (Inscrição digitalizada)

47 - (Inscrição digitalizada)

48 - (Inscrição digitalizada)

49 - (Inscrição digitalizada)

50 - (Inscrição digitalizada)

51 - (Inscrição digitalizada)

52 - (Inscrição digitalizada)

53 - (Inscrição digitalizada)

54 - (Inscrição digitalizada)

55 - (Inscrição digitalizada)

56 - (Inscrição digitalizada)

57 - (Inscrição digitalizada)

58 - (Inscrição digitalizada)

59 - (Inscrição digitalizada)

60 - (Inscrição digitalizada)

61 - (Inscrição digitalizada)

62 - (Inscrição digitalizada)

63 - (Inscrição digitalizada)

64 - (Inscrição digitalizada)

65 - (Inscrição digitalizada)

66 - (Inscrição digitalizada)

67 - (Inscrição digitalizada)

68 - (Inscrição digitalizada)

69 - (Inscrição digitalizada)

70 - (Inscrição digitalizada)

71 - (Inscrição digitalizada)

72 - (Inscrição digitalizada)

73 - (Inscrição digitalizada)

74 - (Inscrição digitalizada)

75 - (Inscrição digitalizada)

76 - (Inscrição digitalizada)

77 - (Inscrição digitalizada)

78 - (Inscrição digitalizada)

79 - (Inscrição digitalizada)

80 - (Inscrição digitalizada)

81 - (Inscrição digitalizada)

82 - (Inscrição digitalizada)

83 - (Inscrição digitalizada)

84 - (Inscrição digitalizada)

85 - (Inscrição digitalizada)

86 - (Inscrição digitalizada)

87 - (Inscrição digitalizada)

88 - (Inscrição digitalizada)

89 - (Inscrição digitalizada)

90 - (Inscrição digitalizada)

91 - (Inscrição digitalizada)

92 - (Inscrição digitalizada)

93 - (Inscrição digitalizada)

94 - (Inscrição digitalizada)

95 - (Inscrição digitalizada)

96 - (Inscrição digitalizada)

97 - (Inscrição digitalizada)

98 - (Inscrição digitalizada)

99 - (Inscrição digitalizada)

100 - (Inscrição digitalizada)

101 - (Inscrição digitalizada)

102 - (Inscrição digitalizada)

103 - (Inscrição digitalizada)

104 - (Inscrição digitalizada)

105 - (Inscrição digitalizada)

106 - (Inscrição digitalizada)

107 - (Inscrição digitalizada)

108 - (Inscrição digitalizada)

109 - (Inscrição digitalizada)

110 - (Inscrição digitalizada)

111 - (Inscrição digitalizada)

112 - (Inscrição digitalizada)

113 - (Inscrição digitalizada)

114 - (Inscrição digitalizada)

115 - (Inscrição digitalizada)

116 - (Inscrição digitalizada)

117 - (Inscrição digitalizada)

118 - (Inscrição digitalizada)

119 - (Inscrição digitalizada)

120 - (Inscrição digitalizada)

121 - (Inscrição digitalizada)

122 - (Inscrição digitalizada)

123 - (Inscrição digitalizada)

124 - (Inscrição digitalizada)

125 - (Inscrição digitalizada)

126 - (Inscrição digitalizada)

127 - (Inscrição digitalizada)

128 - (Inscrição digitalizada)

129 - (Inscrição digitalizada)

130 - (Inscrição digitalizada)

131 - (Inscrição digitalizada)

132 - (Inscrição digitalizada)

133 - (Inscrição digitalizada)

134 - (Inscrição digitalizada)

135 - (Inscrição digitalizada)

136 - (Inscrição digitalizada)

137 - (Inscrição digitalizada)

138 - (Inscrição digitalizada)

139 - (Inscrição digitalizada)

140 - (Inscrição digitalizada)

141 - (Inscrição digitalizada)

142 - (Inscrição digitalizada)

143 - (Inscrição digitalizada)

144 - (Inscrição digitalizada)

145 - (Inscrição digitalizada)

146 - (Inscrição digitalizada)

147 - (Inscrição digitalizada)

148 - (Inscrição digitalizada)

149 - (Inscrição digitalizada)

150 - (Inscrição digitalizada)

151 - (Inscrição digitalizada)

152 - (Inscrição digitalizada)

153 - (Inscrição digitalizada)

154 - (Inscrição digitalizada)

155 - (Inscrição digitalizada)

156 - (Inscrição digitalizada)

157 - (Inscrição digitalizada)

158 - (Inscrição digitalizada)

159 - (Inscrição digitalizada)

160 - (Inscrição digitalizada)

161 - (Inscrição digitalizada)

162 - (Inscrição digitalizada)

163 - (Inscrição digitalizada)

164 - (Inscrição digitalizada)

165 - (Inscrição digitalizada)

166 - (Inscrição digitalizada)

167 - (Inscrição digitalizada)

168 - (Inscrição digitalizada)

169 - (Inscrição digitalizada)

170 - (Inscrição digitalizada)

171 - (Inscrição digitalizada)

172 - (Inscrição digitalizada)

173 - (Inscrição digitalizada)

174 - (Inscrição digitalizada)

175 - (Inscrição digitalizada)

176 - (Inscrição digitalizada)

177 - (Inscrição digitalizada)

178 - (Inscrição digitalizada)

179 - (Inscrição digitalizada)

180 - (Inscrição digitalizada)

181 - (Inscrição digitalizada)

182 - (Inscrição digitalizada)

183 - (Inscrição digitalizada)

184 - (Inscrição digitalizada)

185 - (Inscrição digitalizada)

186 - (Inscrição digitalizada)

187 - (Inscrição digitalizada)

188 - (Inscrição digitalizada)

189 - (Inscrição digitalizada)

190 - (Inscrição digitalizada)

191 - (Inscrição digitalizada)

192 - (Inscrição digitalizada)

193 - (Inscrição digitalizada)

194 - (Inscrição digitalizada)

195 - (Inscrição digitalizada)

196 - (Inscrição digitalizada)

197 - (Inscrição digitalizada)

198 - (Inscrição digitalizada)

199 - (Inscrição digitalizada)

200 - (Inscrição digitalizada)

201 - (Inscrição digitalizada)

202 - (Inscrição digitalizada)

203 - (Inscrição digitalizada)

204 - (Inscrição digitalizada)

205 - (Inscrição digitalizada)

206 - (Inscrição digitalizada)

207 - (Inscrição digitalizada)

208 - (Inscrição digitalizada)

209 - (Inscrição digitalizada)

210 - (Inscrição digitalizada)

211 - (Inscrição digitalizada)

212 - (Inscrição digitalizada)

213 - (Inscrição digitalizada)

214 - (Inscrição digitalizada)

215 - (Inscrição digitalizada)

216 - (Inscrição digitalizada)

217 - (Inscrição digitalizada)

218 - (Inscrição digitalizada)

219 - (Inscrição digitalizada)

220 - (Inscrição digitalizada)

221 - (Inscrição digitalizada)

222 - (Inscrição digitalizada)

223 - (Inscrição digitalizada)

224 - (Inscrição digitalizada)

225 - (Inscrição digitalizada)

226 - (Inscrição digitalizada)

227 - (Inscrição digitalizada)

228 - (Inscrição digitalizada)

229 - (Inscrição digitalizada)

230 - (Inscrição digitalizada)

231 - (Inscrição digitalizada)

232 - (Inscrição digitalizada)

233 - (Inscrição digitalizada)

234 - (Inscrição digitalizada)

235 - (Inscrição digitalizada)

236 - (Inscrição digitalizada)

237 - (Inscrição digitalizada)

238 - (Inscrição digitalizada)

239 - (Inscrição digitalizada)

240 - (Inscrição digitalizada)

241 - (Inscrição digitalizada)

242 - (Inscrição digitalizada)

243 - (Inscrição digitalizada)

244 - (Inscrição digitalizada)

245 - (Inscrição digitalizada)

246 - (Inscrição digitalizada)

247 - (Inscrição digitalizada)

248 - (Inscrição digitalizada)

249 - (Inscrição digitalizada)

250 - (Inscrição digitalizada)

251 - (Inscrição digitalizada)

252 - (Inscrição digitalizada)

253 - (Inscrição digitalizada)

254 - (Inscrição digitalizada)

255 - (Inscrição digitalizada)

256 - (Inscrição digitalizada)

257 - (Inscrição digitalizada)

258 - (Inscrição digitalizada)

259 - (Inscrição digitalizada)

260 - (Inscrição digitalizada)

261 - (Inscrição digitalizada)

262 - (Inscrição digitalizada)

263 - (Inscrição digitalizada)

264 - (Inscrição digitalizada)

265 - (Inscrição digitalizada)

266 - (Inscrição digitalizada)

267 - (Inscrição digitalizada)

268 - (Inscrição digitalizada)

269 - (Inscrição digitalizada)

270 - (Inscrição digitalizada)

271 - (Inscrição digitalizada)

272 - (Inscrição digitalizada)

273 - (Inscrição digitalizada)

274 - (Inscrição digitalizada)

275 - (Inscrição digitalizada)

276 - (Inscrição digitalizada)

277 - (Inscrição digitalizada)

278 - (Inscrição digitalizada)

279 - (Inscrição digitalizada)

280 - (Inscrição digitalizada)

281 - (Inscrição digitalizada)

282 - (Inscrição digitalizada)

283 - (Inscrição digitalizada)

284 - (Inscrição digitalizada)

285 - (Inscrição digitalizada)



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE: *Nilton Galdino*

Paciente: *Arinque nota Pinto*

Idade: 30 Sexo: M F

Nacionalidade: _____ Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena-Etnia _____

Endereço: *Av. Maria matos Viana* *equatorial*

Ponto de referência: _____

CHAMADA	Nº da Ocorrência: <u>19.387</u>		DATA <u>01/12/17</u>		ACIONAMENTO:			
	Médico (a) Regulador (a): <u>HABINNA</u>				HORA CHEGADA NO LOCAL (J:10):			
	MOTIVO	<input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO	<input type="checkbox"/> TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> APOIO	<input type="checkbox"/> OUTROS		
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)	MECANISMO DE TRAUMA							
	AUTOMÓVEL			VIOLENCIA				
	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Vítima projetada	<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho			
	<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Vítima encarcerada	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto				
	<input type="checkbox"/> Colisão X	<input type="checkbox"/> Air Bag	<input type="checkbox"/> FAB	<input type="checkbox"/> Queda, Alt. Aprox.				
	<input type="checkbox"/> Motorista	<input checked="" type="checkbox"/> X Acidente com moto <input checked="" type="checkbox"/> moto	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstica				
	<input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro	<input type="checkbox"/> Queda de moto	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Queimadura Agente				
	<input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro	<input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete	<input type="checkbox"/> Violência Doméstica	<input type="checkbox"/> Agressão p/ anim				
		<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> condutor <input type="checkbox"/> passageiro	<input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Outros:			
		<input type="checkbox"/> queda de Bicicleta						
AVALIAÇÃO INICIAL								
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)	Vias Aéreas		Ventilação		Circulação			
	<input type="checkbox"/> Apneia	<input type="checkbox"/> Abolida	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> AVDN				
	<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> DNV				
	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Hipertimpanismo	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Miose				
	<input checked="" type="checkbox"/> Eufnéico	<input type="checkbox"/> M.V. Ausente	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Midriase				
	<input type="checkbox"/> Obstruída	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuido	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Anisocoria				
	<input type="checkbox"/> Respir. Ruidosa	<input type="checkbox"/> Maciez		<input type="checkbox"/> Alcoolizado				
	<input type="checkbox"/> Taquipnéia							
	SINAIS VITAIS E ESCORES							
	Horas	P.A mm/Hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O: %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia
Início <u>20:27</u>	<u>130/80</u>	<u>79</u>	<u>20</u>	<u>98</u>				
Fim :	/				°C			
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA								
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)	Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome		
	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Distendido		
	<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Lacerções	<input type="checkbox"/> Doloroso		
	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Em tábua		
	<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<input type="checkbox"/> Ferimento	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Tampontamento	<input type="checkbox"/> Escoriações		
	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> ocular	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Evisceração		
	<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Laceração				<input type="checkbox"/> Lacerações		
	<input type="checkbox"/> Seca							
	Pélve	Coluna Dorsal			Membros			
	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <i>M.G.D</i>	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Fratura			
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma		<input type="checkbox"/> Lacerções	<input type="checkbox"/> Amputação				
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor [] Leve [] Moderada [] Intensa		<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Esmagamento				
<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Deformidade			<input type="checkbox"/> Avulsão				
AVALIAÇÃO CARDIACA			AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA			
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Alergias	Medicações em uso			
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Cardiopatia				
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Infecciosa	<input type="checkbox"/> Diabetes				
<input type="checkbox"/> Fibrilar		<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> HAS				
		<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Pediátrica	<input type="checkbox"/> Sequela AVC				
GRAVIDADE COMPROVADA	<input type="checkbox"/> ILESO	<input type="checkbox"/> PEQUENA	<input type="checkbox"/> MÉDIA	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA			
						MULTIPLOS MEIOS ACIONADAS		
<input type="checkbox"/> Cancelamento			<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento			<input type="checkbox"/> Guarda Municipal		
<input type="checkbox"/> Não se encontrava no local			<input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização			<input type="checkbox"/> SMTRAN		
<input type="checkbox"/> Trote			<input type="checkbox"/> Bombeiro no local			<input type="checkbox"/> PRF		
						<input type="checkbox"/> DETRAN		
RGP	Iniciada as:		[] RCP com sucesso		[] RCP Não realizado			
	Término as:		[] RCP sem sucesso		OBS: <i>contato coxa</i>			
DESTINO	Atendido no local		[] Grande Trauma - GT		[] Pol. Cosme e Silva - PCCS			
	Pronto Atendimento - PAAR		[] Hosp. Coronel Mota		[] Hosp. Santo Antônio - HCSA			
				[] HMINSN		[] Hosp. Das Clínicas/RH - HCR		
						[] Hosp. Lotte Iris - HLI		
						[] Outros		

Eduardo Carvalho Soza
Médico CRM-RN

Rodrigo Ferreira Martins
Analista Administrativo
Matr. 00039-SAMURR
(7/01/18)

19387

CIEPA ENTRPE
TERMO DENT
RECURSA E

Descrição:

Nome do Receptor:

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

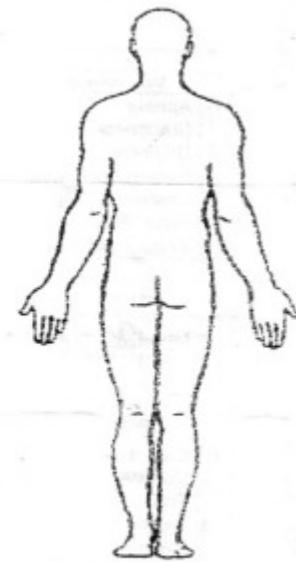
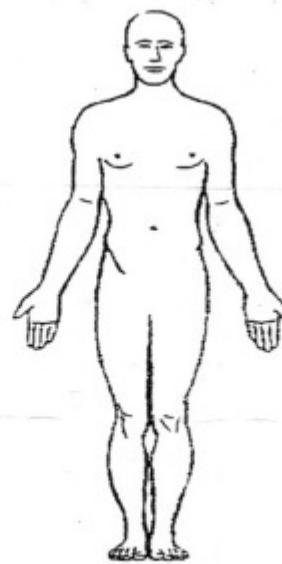
GESTANTE

MATERIAL E MEDICAÇÃO

G p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____
 Perda de líquido: _____ BCF: _____
 Com cartão Sem cartão

Abernia Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sens. resposta	1 ponto
Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticacão)	3 pontos
	Extensão (descerebracão)	2 pontos
	Sens. resposta (flacidez)	1 ponto
Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras impróprias	3 pontos
	Sens. incompreensíveis	2 pontos
	Sens. resposta	1 ponto

TOTAL DE PONTOS



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente vítima de A-A "colisão motox moto"
 ABORDADO PELA EQUIPE EM DECÚBITO LATERAL ESG. LOTE
 REFERINDO DOR LOCALIZADA EM MBD, COLOUELO DIR. Fratur.
 com CAPACETE NA CABECA, REALIZADO RETINOS DO CAP. E RETIN.
 CERVICAL, MOBILIZAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR E AFERI-
 SSUV. COMUNICADO A REANIMAÇÃO E ENCAMINHADO AO
 GRANDE: TRÂNSITO CONTINUA A REANIMAÇÃO MÉDICA

CONECTE COMO VOCÊ PODE
 Redações Ferreira Martins
 Assistente Administrativo
 Mat. 044009839 - SAMU-RR
 17/01/18

ESTAMOS PRESENTES
 SAMU-RR

Assinatura e carimbo do profissional



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: 3721298

JOSE AIRTON DE AGUIAR

R. ALMERINDO SANTOS, 1915 , 2

BURITIS

69309190 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 856010	MÊS 09/2019	PERÍODO DE CONSUMO 27-AUG-19 a 24-SEP-19
CONSUMO (kWh) 177	VENCIMENTO 06-NOV-19	TOTAL A PAGAR R\$ 165,35

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
856010

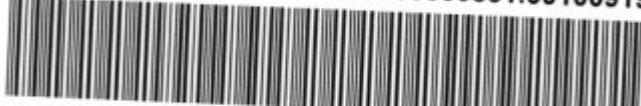
MÊS

09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 165,35

836900000016.65350075001.000000000851.601009190054



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1700874721 01/12/2017 21:31:35

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 20

Paciente	HENRIQUE MOTA PENHALOSA	Data Nascimento	22/02/1986	Idade	31 A 9 M 7 D	CNS	CPF 07	Prontuário
Tipo Doc	Documento IDENTIDADE 244947	Órgão Emissor SSP RR	Data Emissão 20/04/2006	Sexo M	Estado Civil SOLTEIRO(APARDA)	Raça/Cor	Naturalidade ALTO ALEGRE - RR	
Mãe	ROSLINA MOTA	Pai	JOAQUIM ENRIQUE PENHALOSA	Contato	(95) 99167-7622	Ocupação	REPOSITOR	
Endereço	RUA - HC-08 - 946 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR							
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	
Sector	GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Pressão		
Queixa Principal						Registrado por:	ATLAS.GONZAGA	
<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue								

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

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

Forante vítima de acidente de moto

Exame Físico

WOTÉ

D.R / ABD N.DR

Fratura exposta de antebraço (D)

SADT - Exames Complementares

RAIO-X

ULTRA-SON

TC

SANGUE

URINA

ECG

OUTROS:

PREScrição

Ortopedia	ESPECIALIZADO	OBSERVAÇÃO
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Antiemeticos		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		
Antidiabetico		
Anticoagulante		
Antibiotico		
Analgesico		
Anticonvulsivante		

D

92,6 %

HENRIQUE MOTA,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

1/12/2017 22:44:05

84,4 %

1/12/2017 22:44:05

D



HENRIQUE MOTA,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

19/12/2017 10:56:46

72,4 %



6 %

HENRIQUE MOTA

OSPITAL GERAL DE RORAIMA

1/12/2017 21:31:57

44,3 %

1/12/2017 21:31:57

TRABALHADOR

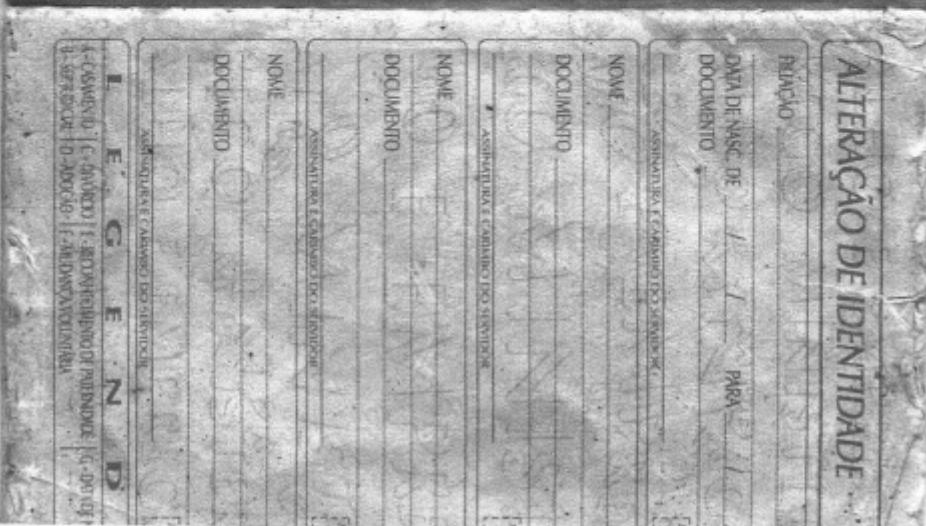
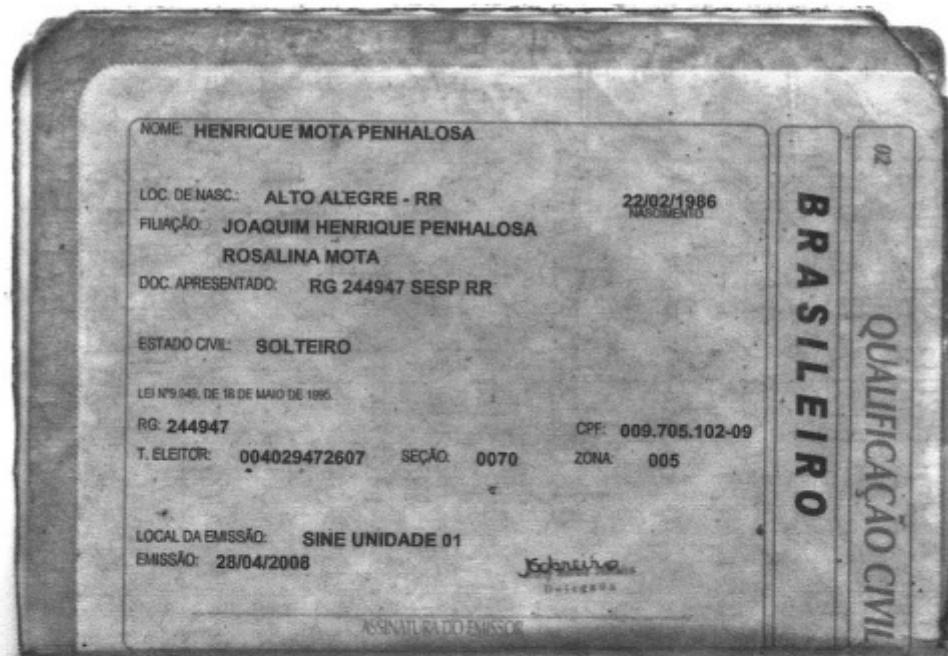
Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da apresentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conteúdo das anotações contido nesse documento é o seu estado de conservação, espelhando conduta, qualificação e atividade profissional do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la. Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribuirá para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

COMO CONSEGUIR OS RECURSOS DO
FGTS UND



- 991534279

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

558826

ASL-0392571/19

Vítima: HENRIQUE MOTA PENHALOSA

CPF: 009.705.102-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/12/2017

Titular do CPF: HENRIQUE MOTA
PENHALOSA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

HENRIQUE MOTA PENHALOSA : 009.705.102-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A Indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/11/2019
Nome: HENRIQUE MOTA PENHALOSA
CPF: 009.705.102-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

HENRIQUE MOTA PENHALOSA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190628904 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: HENRIQUE MOTA PENHALOSA Data do acidente: 01/12/2017 Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO COM LUXAÇÃO DE COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E 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: PÁG 1

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190628904 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: HENRIQUE MOTA PENHALOSA Data do acidente: 01/12/2017 Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO COM LUXAÇÃO DE COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E 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: PÁG 1

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