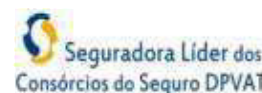


RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0392571/19

Vítima: HENRIQUE MOTA PENHALOSA

CPF: 009.705.102-09

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 01/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HENRIQUE MOTA PENHALOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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

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



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 MOTA 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 MOTA PENHALOSA

7 - Profissão:

VIGILANTE

8 - Endereço:

R. ALMERINDO SANTOS

6 - CPF:

00970510209

11 - Bairro:

BURITI

12 - Cidade:

BOA VISTA

9 - Número:

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

64309190

16 - Tel. (DDD):

95991534279

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:

AGÊNCIA:

3027

CONTA:

000297264

(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 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, 11/10/19.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Henrique Mota Penhalosa

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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: Polícia Judiciária Data: 07/10/2019
Delegado de Polícia: 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
Complemento: Casa (Endereço da Irmã).
Bairro: Alvorada
Telefone: (95) 99153-4279 (Celular)

Nº: 765

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

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 383.367.902-68	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	Envolvimentos		
Henrique Mota Penhalosa	Possuidor		
Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Meio Empregado		
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Desconhecido 1	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 colidiu em outra motocicleta que cruzou sua preferencial e transitava com o farol apagado/desligado. Que não sabe informar nenhuma característica identificadora da motocicleta ocasionadora, pois a mesma evadiu-se. Que sofreu lesões corporais e foi resgatado pelo SAMU até o HGR. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

DAT
ASSINATURAS

07 OUT. 2019

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat 042600908

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Henrique Mota Penhalosa
(Envolvido / Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(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-Denunciação 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:



DAMOS (DESPLAS PRE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARPS)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou AS

3 - CPF da vítima

00070510209

4 - Nome completo da vítima

HENRIQUE MOTA PENHA LOSA

5 - Nome completo: HENRIQUE MOTA PENHA LOSA

6 - CPF

7 - Profissão: VITIMANTE

8 - Endereço

R. ALMERINDO SANTOS

9 - Número

00070510209

10 - Complemento

11 - Bairro

BURITI

12 - Cidade

BOA VISTA

15 - E-mail

13 - Estado: RR

14 - CEP: 69309140

16 - RG (RGD)

45908534279

17 - Nome completo do Representante Legal (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



REFUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$ 1,00 A R\$ 1.000,00



R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00



R\$ 2.501,00 A R\$ 55.000,00



ACIMA DE R\$ 55.000,00

21 - ANOS INDIQUADOS

22 - BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT

23 - REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT (PAI, TUTOR E CURADOR)

24 - CONTA POUPEANCA (Somente para menores de idade. Assinale uma opção)

25 - Bradesco (237)

26 - Itaú (341)

27 - Banco do Brasil (001)

28 - Caixa Econômica Federal (104)

29 - CONTA CORRENTE (Saldo em banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3027

CONTA:

00029726

4

AGÊNCIA:

CONTA:

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

23 - Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Ilustre Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.184/74), 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, com invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sob a apresentação da laudo do IML, com o prazo, desde que eu me submeter à avaliação médica presencial, caso necessário, de acordo com a legislação, conforme disposto na Lei nº 5.184/74.

Declaro que esta declaração não significa minha concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Meu Pai/Parente com a vítima

26 - Vítima deixou herdeiro(s):

Sim

Não

27 - Se a vítima de vez algum herdeiro, informar o nome completo:

28 - Vítima possui filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

Sim

Não

30 - Vítima deixou herdeiro(s) com a vítima

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

Sim

Não

Estou ciente de que a seguradora LIDER pagará, caso de morte, a indenização do Seguro DPVAT por morte a qualquer beneficiário que se apresentar e provar a condição, estando ciente, ainda, de que a qualquer união ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilização criminal por falsificação de art. 319 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a ração)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a ração)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a ração)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

BOA VISTA

11/10/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Henrique Mota Penha Losa



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE: Nilton / GAD. 192

Paciente: Henrique nota Pinho

Idade: 30 Sexo: ☒ M ☐ F

Nacionalidade: Equatorial Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia

Endereço: A. Maria matuz vasa

Ponto de referência:

Nº da Ocorrência: 19.387

DATA 01/12/17

ACIONAMENTO:

Médico (a) Regulador (a): FABIANA

HORA CHEGADA NO LOCAL (J/H):

MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO ☐ OUTROS

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag		VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual		OUTROS <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Alt. Aprox. <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ anim <input type="checkbox"/> Outros:	
MOTO/BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Acidente com moto X <u>MOTO</u> <input type="checkbox"/> Queda de moto <input checked="" type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> condutor <input type="checkbox"/> queda de Bicicleta <input type="checkbox"/> passageiro					

AValiação INICIAL

Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Bradpneia <input type="checkbox"/> Dispneia <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Taquipneia		Ventilação <input type="checkbox"/> Abolida <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> Maciez		Circulação <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s <input type="checkbox"/> Taquicardia		Aval. Neurológica <input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> DNV <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Alcoolizado	
---	--	--	--	---	--	---	--

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/Hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O: %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR
Início <u>20:27</u>	<u>130/80</u>	<u>79</u>	<u>20</u>	<u>98</u>	<u>°C</u>			
Fim					<u>°C</u>			

AValiação SECUNDÁRIA

Pele <input type="checkbox"/> Cianótica <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Palida <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca		Cabeça <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Laceração		Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular		Pescoço <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerações		Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Tórax instável		Abdome <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Evisceração <input type="checkbox"/> Lacerações	
Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade		Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Deformidade		Membros <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <u>M&D</u> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações				<input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão			

AValiação CARDIACA

AFEÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PEGRESSA

<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Filiter		<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolis		<input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Respiratória		<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infeciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica		<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Sequela AVC		Medicações em uso	
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--------------------------	--

GRAVIDADE COMPROVADA

☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA

INCIDENTE

☐ Cancelamento
☐ Não se encontrava no local
☐ Trote
☐ Recusa de Atendimento
☐ Recusa de hospitalização
☐ Bombeiro no local

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

☐ Polícia Militar
☐ SMTRAN
☐ PRF
☐ Guarda Municipal
☐ Bombeiro
☐ DETRAN

RCP

☐ Iniciada as: ☐ RCP com sucesso ☐ RCP Não realizado
☐ Término as: ☐ RCP sem sucesso OBS:

DESTINO

☐ Atendido no local ☐ Grande Trauma - GT ☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS ☐ Hosp. Un. Clínicas/RR - HCR
☐ Pronto Atendimento - FAAR ☐ Hosp. Coronel Mota - CRMR ☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA ☐ Hosp. Lotte Iris - HLI
☐ Outros

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro
(Unidade de Destino)

CONFERE COM O ORIGINAL
 Rodrigues Ferreira Martins
 Assessor Administrativo
 SAMU 192 - 17/01/18

19387

CIPEA ENTPE
CE
DO
TERMO DENT
RECUSA 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

G p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

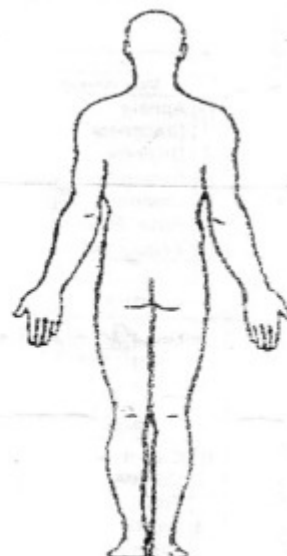
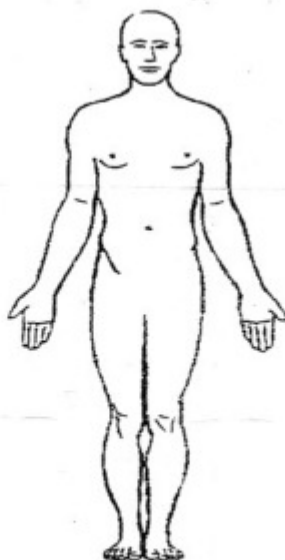
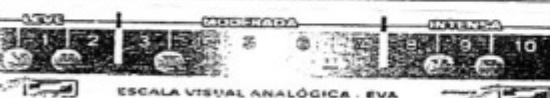
Perda de líquido: _____ BCF: _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
	Extensão (descerebração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto

TOTAL DE PONTOS



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente vítima de A-A "colisão moto x moto
ABORDADO pela equipe em decúbito lateral ESQ. LOTE
Referindo dor localizada em MSD, cotovelo DIR. Fratura
com capacidade na cabeça, Realizado Retinção do cap. e Religi-
ção cervical, Mobilização de Membro Superior e Afirma-
ção de SSV. Comunicado a Regulação e Examinado ao
Grande: Trauma contuso a Regulação média.

RODRIGUES FERREIRA MARINHO
Assistente Administrativo
Mat. 044009839 - SAMU-RR
17/01/18

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

836900000016.653500750001.000000000851.601009190054



1700874721 01/12/2017 21:31:35 AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

Paciente **HENRIQUE MOTA PENHALOSA** Data Nascimento **22/02/1986** Idade **31 A 9 M 7 D** CNS **07** NOTURNO 19- 20

Tipo Doc **IDENTIDADE** Documento **244947** Órgão Emissor **SSP RR** Data Emissão **20/04/2006** Sexo **M** Estado Civil **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor **ALTO ALEGRE - RR** CPF **00970510209** Prontuário **00970510209**

Mãe **ROSALINA MOTA** Pai **JOAQUIM ENRIQUE PENHALOSA** Naturalidade **BRASILEIRA** Contato **(95) 99167-7622**

Endereço **RUA - HC-08 - 946 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR** Ocupação **REPOSITOR**

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **URGÊNCIA** Validade **Temp.** Autorização **Sis Prenatal**

Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedência** Temp. **Peso** Pressão

Sector **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol. **Registrado por: ATLAS.GONZAGA**

Queixa Principal **() Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue**

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) **GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL 15**

Exame Físico **Fonte noturna de acidente de**

Hipótese Diagnóstica **Fratura exposta de ulna e rádio**

ADT - Exames Complementares **() RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () CG () OUTROS:**

PRESCRIÇÃO

Tratamento

Observação

Alta por Decisão Médica **() Alta a Pedido () Alta a Revelia () Transferência para: Ortopedia**

Alta por Decisão Médica **() Ambulatório () Observação (Até 24h) () Internação**

Data e Hora da Saída/Alta: **20/04/2017**

do 1º Atendimento? **() Sim () Não** Destino: **() Família**

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura e Assinatura do Médico

so por atlas.gonzaga 01/12/2017 21:33:33

02.5.252.8888/IS4/IS4/35B0FC99-92EA-4303-B5F6-D839F0D82F9A.html

D

92,6 %

HENRIQUE MOTA,

1/12/2017 22:44:05

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

84,4 %

1/12/2017 22:44:05

D



HENRIQUE MOTA,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

19/12/2017 10:56:46

72.4 %

D

63,0 %

1/12/2017 21:31:57

D

D

5 %
HENRIQUE MOTA


1/12/2017 21:31:57

44,3 %

1/12/2017 21:31:57

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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 médico-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

HENRIQUE MOTA PENHALOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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