



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035898/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/10/2019 12:34

Data/Hora Fim: 17/10/2019 12:48

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 18/09/2019 23:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: prcesa isabel

Bairro: Buritis

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

Meio(s) Empregado(s)

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEAO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 14/03/1990

Profissão: Motoboy

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: MARIA YUDECI MAGALHAES CARNEIRO

Nome do Pai: MANOEL SOARES PANTALEAO

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 004.053.272-00

RG - Carteira de Identidade: 3426335

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA DA PSICULTURA

Nº: 741

Complemento: CASA

Bairro: SANTA TEREZA

CEP: 69.309-004

Telefone: (95) 99126-3867 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 031.664.152-97

Placa NAP5835

Renavam 01117969778

Número do Motor KC22E1H507586

Número do Chassi 9C2KC2210HR507560

Ano/Modelo Fabricação 2017/2017

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 160 TITAN EX

Modelo HONDA/CG 160 TITAN EX

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 19/05/2017

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO -
ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Francinelson Cardoso Froz
Data de Impressão: 17/10/2019 12:48
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035898/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEAO	Exibidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que estava trafegando na AV Princesa Isabel conduzindo a motocicleta acima mencionada quando foi atingido por um veículo que avançou na AV sem obedecer a placa de parada obrigatória, que devido colisão o comunicante perdeu parte de um de seu dedos da mão esquerda, e sofreu outras escoriações, que foi atendido pelo SAMU e conduzindo ao HGR. É relato.
Não deseja representar.

ASSINATURAS

DAT
17/10/2019
Francinelson Cardoso Froz
Agente Cartório
Matrícula 042000582
Responsável pelo Atendimento

Aniciomar Carneiro Pantaleão
ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEAO
(Vítima / Comunicante)

Declaro para as devidas fins de direito que sou (a) (única) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que der origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 345-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

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: 004.053.742-00 4 - Nome completo da vítima: ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEÃO

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

5 - Nome completo: ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEÃO 6 - CPF: 004.053.742-00

7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua - DA PISCICULTURA 9 - Número: 741 10 - Complemento:

11 - Bairro: PISCICULTURA 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.334-002

15 - E-mail: RECUSOU 16 - Tel.(DDD): 95/98122-7634

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00059369 3 AGÊNCIA: CONTA:

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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 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 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

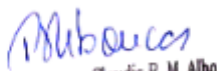
Número do Sinistro: 3190709877
Nome do(a) Examinado(a): Anciomar Carneiro Pantaleao
Endereço do(a) Examinado(a): Rua da Piscicultura, 741
Piscicultura Boa Vista RR CEP: 69314-002
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RR] 3426335
Data local do acidente: [18/09/2019]
Data local do exame: [30/12/2019] BOA VISTA [RR]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM TRAUMATISMO NA MÃO E- DESENLUVAMENTO DO 4º QDE
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: VITIMA FEZ CIRURGIA PARA RECONSTRUÇÃO DA FALANGE COM PERDA DE MASSA MUSCULAR E PARTE ÓSSEA; NÃO FEZ FISIOTERAPIA, NÃO TEVE RETORNO APÓS ALTA HOSPITALAR
Complicações: MÃO E: PERDA PARCIAL DA FALANGE DISTAL DO 4º QDE
Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
MÃO E: PERDA PARCIAL DA FALANGE DISTAL DO 4º QDE
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
MÃO E: PERDA PARCIAL DA FALANGE DISTAL DO 4º QDE
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
4º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
CPF - 378.315.502-91
CRM/RR - 1032


Dra. Regina Claudia R. M. Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190709877 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEAO **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO NA MÃO E- DESENLUVAMENTO DO 4ºQDE

Descrição do exame físico: MÃO E: PERDA PARCIAL DA FALANGE DISTAL DO 4º QDE

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ CIRURGIA PARA RECONSTRUÇÃO DA FALANGE COM PERDA DE MASSA MUSCULAR E PARTE ÓSSEA; NÃO FEZ FISIOTERAPIA, NÃO TEVE RETORNO APÓS ALTA HOSPITALAR EVOLUIU COM PERDA PARCIAL DA FALANGE DISTAL DO 4º QDE ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM QUARTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/12/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM QUARTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190709877

Vítima: ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEAO

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEAO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEAO

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000059169-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190709877

Vítima: ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEAO

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEAO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190709877

Vítima: ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEAO

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEAO

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0459903/19

Vítima: ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEAO

CPF: 004.053.272-00

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEAO : 004.053.272-00

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: 18/12/2019
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

ROSANGELA NUNES MASULLO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE Nome: ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEÃO

Nacionalidade: BRASILEIRA

Est. Civil: CASADO

Profissão: motorista

Identidade: 342.6335

SSP RR

CPF: 004.053.272-00

Endereço: Rua: AV. PISCICULTURA

nº 741

Bairro: SANTA TEREZA

Cidade: BOM VISTA

UF: RR

CEP: _____

Vítima: ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEÃO

CPF: 004.053.272-00 Data do sinistro: _____

Natureza: () DAMS

(x) INVALIDEZ

() MORTE

OUTORGADO

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO

Nacionalidade: BRASILEIRA

Est. Civil: _____

Profissão: _____

Identidade: 28.734

SSP/RR

CPF: 321.803.442-53

Endereço: R. TENETE GUIMARÃES Nº 90

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas e a **SUSEP**, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT.

Bom Vista - RR 13 de novembro de 2019

Local e data

Aniomar Carneiro Pantaleão

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0459903/19

Vítima: ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEAO

CPF: 004.053.272-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: ANCIOMAR CARNEIRO
PANTALEAO

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEAO : 004.053.272-00

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: 18/12/2019
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

ROSANGELA NUNES MASULLO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01 011796/9718 2019

MAQUINA C DE SELVA PANTHELO

031.664.152/97

PLACA ANT/UF

PAS/MOTOCICLETA/MARCA/RELC

ALCO/BR50L

ANO 1987

PREMIO TARIFARIO (R\$)

AL.FID. BANCO HONDA S/A * PROIB SAIR DO

AMAZON DCLD *

BOA VISTA-RR

26/06/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975651090 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

01 031.664.152/97

ALCO/BR50L

ANO 1987

PREMIO TARIFARIO

AL.FID. BANCO HONDA S/A * PROIB SAIR DO

AMAZON DCLD *

BOA VISTA-RR

26/06/2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTHEA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 ANTONIO CARNEIRO PANTALEAO

RUC IDENTIDADE / DRL EMISSÃO
 3426335 SSP RR

CN
 004.053.272-00

DATA NASCIMENTO
 14/03/1990

FUNÇÃO
 MARCEL SOARES
 PANTALEAO
 MARIA TUDECIR
 MAGALHAES CARMEIRO

PERMISSÃO
 AB

ACC
 AB

CAT. HABILITAÇÃO
 AB

Nº REGISTRO
 05854238360

VALIDADE
 08/08/2022

1ª HABILITAÇÃO
 16/08/2013

INSCRIÇÃO
 EAR

ASSINATURA DO PORTADOR
 Antonio Carneiro Pantaleao

LOCAL
 BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
 29/03/2019

ASSINATURA DO DIRETOR
 JOAO GOMES BRAGA
 DIRETOR PRESIDENTE
 DETRAN-RR

85806188235
 RA210892807

RORAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1831242079

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1831242079



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.

1901163557

19/09/2019 00:03:08

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19.

1

Paciente

ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEAO

Data Nascimento

14/03/1990

Idade

29 A 6 M 5 D

CNS

CPF

00405327200

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

M

Estado Civil

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

Nacionalidade

BRASILEIRA

Mãe

MARIA YUDECIR MAGALHAES CARNEIRO

Pai

MANOEL SOARES PANTALEAO

Contato

(95) 99126-3867

Endereço

RUA - DA PISCICULTURA - 741 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR

Ocupação

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Pronatal

Motivo do Atendimento

OUTROS

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

RICARDO PEREIRA

Queixa Principal

Acidente de moto

☐ Síndrome Febril☐ Sintomático Respiratório☐ Suspeita de Dengue

Anamnese do Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Colisão frontal com carro

Exame Físico

Desenvolvimento de falange distal do quarto dedo da mão (E)

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

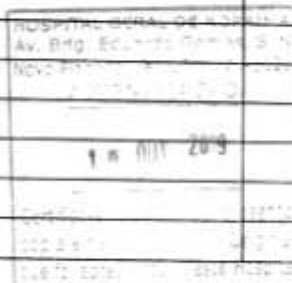
PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Dificuldade de 1º - 00:33
2) Traumatismo 2º -
3) Curativo
4) Avaliação da ortopedia

Dr. Paulo Viegas
Cirurgião Geral
CRM-RR 1795



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

Impresso por: ricardo.pereira
Data Hora: 19/09/2019 00:03:31



1901163557

Seba

Otopneiz

Tratado em uso. (E)

propriedade tratada em m.

mais q. 02 m. (E).

Regulamentação com.

Art. 1º de 1917 + orientações.

Dr. Marcos Grimaldi

Med. Residente

Otorrinolaringologia

CRM 1417/RN

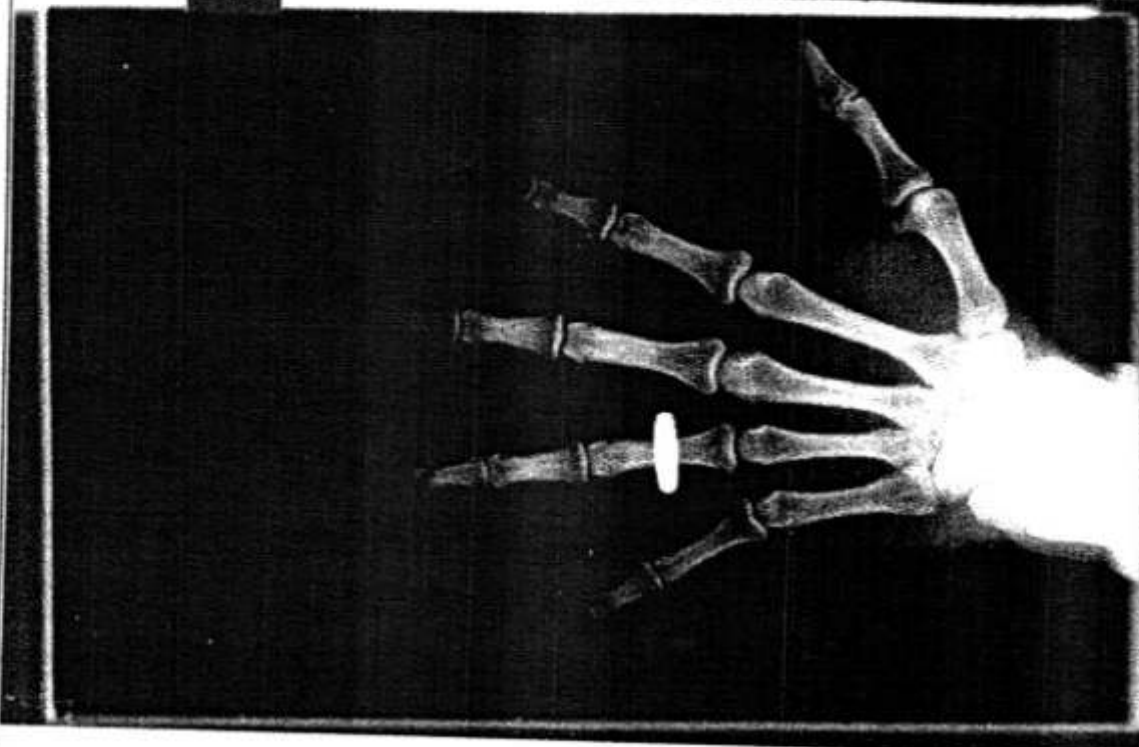
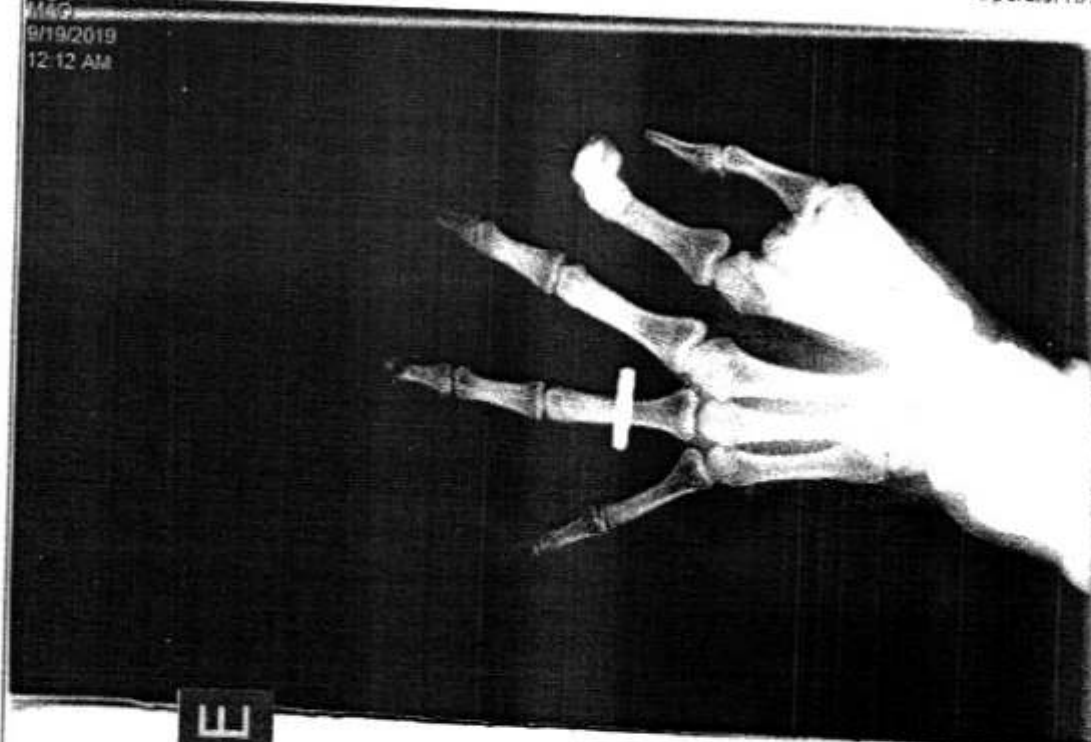


Not intended for official interpretation.

ANCIOMAR CARNEIRO
PACS-1505895242

M
11/19/2019
12:12 AM

HOSP. GERAL DE RORAIMA
Operator: IV/PAIO/ASUATO
KV: 114V
Zoom 100%



120 mm

L 120
W 2500

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ROSÂNGELA NUNES MASULLO inscrito (a) no CPF 321.801.442 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEÃO inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.053.272 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEÃO inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.053.272 / 00, 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 - TENENTE GUIMARÃES</u>		Número <u>90</u>	Complemento
Bairro <u>LIBERDADE</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.300-000</u>
Email <u>RANZAMASULLO@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(95) 98122-7634</u>	Telefone celular(DDD) <u>(95) 99158-4307</u>

BOA VISTA, RR, 10 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

Rosângela Nunes Masullo
Assinatura do Declarante

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Góes, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto de renda pelo SEFAZ RR

Nº da Nota Fiscal: 003738995

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE, foi criada
pelo Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	11/10/2019	290	198,45

HARCIO SANTOS DE SOUZA
R. DA PISCICULTURA 741 PISCICULTURA
CPF: 06058993428204
CEP: 69.314-002 - BOA VISTA

ROT: 6.001.25.02.053000

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	44543	Atual:	25/09/2019
Anterior:	44253	Anterior:	28/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/10/2019
Consumo Medido:	290	Emissão:	24/09/2019
Consumo Faturado:	290	Apresentação:	25/09/2019

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Fil.	Méda 12 meses
RESID. BA. RENDA	MONO	2714574	N. 1506282	1.4.1.1	455

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/19 251	CONSUMO 30 A R\$ 0,262660 = 7,87
JUL/19 442	70 A R\$ 0,450269 = 31,51
JUN/19 147	120 A R\$ 0,675410 = 81,04
MAI/19 388	70 A R\$ 0,750448 = 52,53
ABR/19 761	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA 49,22
MAR/19 304	ILUMINACAO PUBLICA 25,50
FEV/19 338	
JAN/19 387	
DEZ/18 493	
NOV/18 810	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
04/2019 601,23
01/2019 320,44
12/2018 402,38
Hoje mais 3 conta(s)
PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER
A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO B5DE (NCPF) E8D0 E114 F6N8 8624 786E 01AD

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	44,36	Base de Cálculo:	172,95
Energia:	94,04	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	29,40
Encargos:	4,88	Valor do PIS:	0,03
Tributos:	29,67	Valor do COFINS:	0,24

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
0,00 0,00 0,00

FLORESTA

ROT: 6.001.25.02.053000



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Góes, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CODIGO	0091844-0	TOTAL A PAGAR - R\$	198,45
MÊS FATURADO	09/2019	VENCIMENTO	11/10/2019
Nº da Nota Fiscal:	003738995	FCAM	

83600000001 5 98450075000 0 000000000091 9 84400919008 4



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000059169-3

Nr. da Autenticação ABA8E12B01F9F3D5



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1741

EQUIPE SAMU BV
UNIDADE BRAVO II

EQUIPE: Tã. Shirley / Coord. Debel

Paciente: Anciomar Carneiro Pantaleão

Idade: 29a Sexo: Mas

Nacionalidade: Brasileiro

Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []

Endereço: Av. Pires de Lencastre, 1088

Bairro: B. S. S.

Nº 16054 DATA 18/10/19

HORA J/S 23:20

BASE VIA () () RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): Dr. Alisson

HORA J/10 23:33

23:40 CELULAR

MOTIVO INICIAL: Colisão carro e moto

7/10-8 23:45

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- ☒ Acidente de trânsito
☐ Agressão física / espancamento
☐ Agressão física - FAF
☐ Agressão física - FAB
☐ Urgência psiquiátrica
☐ Tentativa de suicídio
☐ Envenenamento
☐ Afogamento
☐ Queimadura
☐ Choque elétrico
☐ Queda
☐ Urgência clínica
☐ Urgência obstétrica
☐ Transferência
☐ Exame complementar
☐ Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
<input type="checkbox"/> Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Outro <input checked="" type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

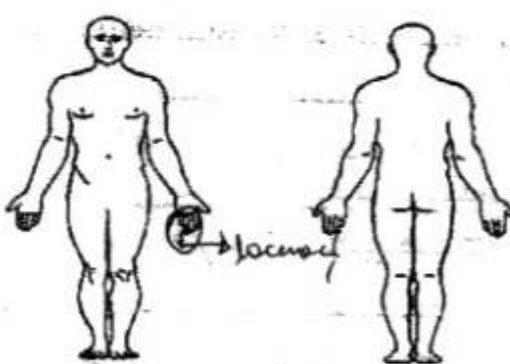
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AV. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpe estranho <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Mióse <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Set O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 23:37		86	24	100				
Fim 23:43		56	24	98				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros	4 - Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta 5 - Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta



AVALIAÇÃO CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Assístolia	<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Infecçosa <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input checked="" type="checkbox"/> Outros	<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso <input checked="" type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros

GRAVIDADE COMPROVADA	Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)
<input type="checkbox"/> Iseo	Dr. Paulo Viegas CRM-RR 1795

Cancelamento	Hospitalização	Polícia Militar	Guarda Municipal	Outros
<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento	<input type="checkbox"/> Não se apresenta no local	<input type="checkbox"/> Outros		

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no consulto do acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vítima)

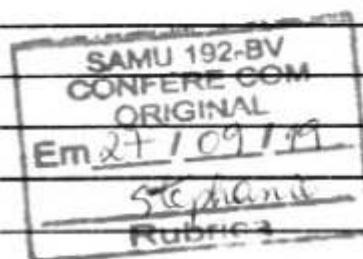


PER DO PA	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
TERMO DE RECUSA	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE			
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva	
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão de gestante	
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão de gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laringea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ____ L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
			01 Pot ggs
			02 pns de lura P

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Equipe acionada para atendimento traumático com uso
mote x carro, vítima condutora mantendo
deem bebendo, verbalizando, vítima com lesão
col na 4ª dedo da mão @, ferido esquerdo, verificação
do SSVU informado ao médico regulador que
encontra-se no trauma para mais exames



<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HC SA <input type="checkbox"/> Hosp. Leste - HU <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento / HGR <input checked="" type="checkbox"/> Atendimento no local <input type="checkbox"/> Trauma HGR	DESTINO
--	--	---------

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: 004.053.742-00 4 - Nome completo da vítima: ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEÃO

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

5 - Nome completo: ANCIOMAR CARNEIRO PANTALEÃO 6 - CPF: 004.053.742-00
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua - DA PISCICULTURA 9 - Número: 741 10 - Complemento:
11 - Bairro: PISCICULTURA 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.334-002
15 - E-mail: RECUSOU 16 - Tel.(DDD): 95/98122-7634

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\$1.000,00 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: 3027 CONTA: 00059369 3
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 - _____
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 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)