



República Federativa do Brasil

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO 1º DISTRITO (SEDE) CARPINA - ESTADO DE PERNAMBUCO

Av. Estácio Coimbra, 115, centro, Carpina/PE CEP 55.813-310 Fone: 8827-0490

E-MAIL: 1crccarpina.creuz@gmail.com

Cartório do Registro Civil
1.º Distrito - Sede
Creuza Maria de Souza Belo
Oficiala
Carpina - Pernambuco

CREUZA MARIA DE SOUZA BELO

Oficial (a)

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nº 49800

FOLHA: 172

Eu, CREUZA MARIA DE SOUZA BELO oficial(a) do Registro Civil, em virtude da lei, etc.

Certifico que, às folhas 172 do livro A-51 de Registro de Nascimento, foi feito hoje o assento de:

KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA

nascido(a) em 13 de Janeiro de 2009, às 17:20, na(o) HOSPITAL GERAL DA VITÓRIA, VITÓRIA DE SANTO ANTAO-PE, do sexo Masculino.

filho(a) de: EUSEBIO JACINTO DA SILVA
ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

sendo avós Paternos: SEVERINO JACINTO DA SILVA
MARIA DO CARMO DA SILVA

e Maternos: JOÃO RIBEIRO DE SOUZA
MARIA RIBEIRO DE SOUZA

Foi declarante O GENITOR: EUSEBIO JACINTO DA SILVA
DNU, nº 47716159.

Observações: .

O referido é verdade, dou fé.
Carpina, 19 de Janeiro de 2009

Oficial(a) do Registro Civil

CREUZA MARIA DE SOUZA BELO
OFICIALA



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
callaia



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
110.441.474-07

Nome
KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA

Nascimento
13/01/2009

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/10/19


MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

Nº de inscrição
031860954-17

Data de Nascimento
19/07/79



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Ana Karina Ribeiro de Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 Nº 5.762.401 DATA DE EMISSÃO 10/10/2007

<< ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA >>
 << JOÃO RIBEIRO DE SOUZA >>
 << MARIA RIBEIRO DE SOUZA >>

ENDEREÇO CARPINA - PE DATA DE NASCIMENTO 19/07/1979

OBSERVAÇÃO << CN.12626 L.A13 F.271V CART. CARPINA-PE 22.08.1980 >>

ASSINATURA DO DETENTOR
 10/10/2007

KOTE SEGUROS
 Erica Araujo
 09/10/19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190575723 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA **Data do acidente:** 05/06/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.
FRATURA PROXIMAL DA FÍBULA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.(PÁG.1)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190575723 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA **Data do acidente:** 05/06/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.
FRATURA PROXIMAL DA FÍBULA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.(PÁG.1)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0351187/19

Número do Sinistro: 3190575723

Vítima: KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA

CPF: 031.860.954-17

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/06/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA : 031.860.954-17

Autorização de pagamento

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: 04/11/2019
Nome: ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA
CPF: 031.860.954-17

ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0351187/19

Vítima: KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA

CPF: 031.860.954-17

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/06/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA : 031.860.954-17

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 09/10/2019
Nome: ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA
CPF: 031.860.954-17

ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190575723

Vítima: KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA

Data do Acidente: 05/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

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, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190575723

Vítima: KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA

Data do Acidente: 05/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001242**

Conta: **0000039639-8**

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



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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) Nome do BANCO: Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 1242 CONTA: 39 639 8 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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(vários)? ☐ 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 aqueles 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 rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Carpiúva, 27/09/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



AUTO-ATENDIMENTO - AG Carpina

DATA: 13/09/2019

HORA: 07:28:02

TERMINAL: 12421491

CONTROLE: 124214910090

AGENCIA: 1242 - CARPINA

CONTA: 013.00039639-8

CLIENTE: ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
01/09	0,00

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
25/08	81,69
01/09	2,26

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR			83,640
----------------	--	--	--------

Agosto

25/08	000000	REM BASICA	0,000
25/08	000000	CRED JUROS	0,300

Setembro

01/09	000000	REM BASICA	0,000
01/09	000000	CRED JUROS	0,010

RESUMO EM 12/09

SALDO	83,950
-------	--------

RESUMO DO DIA

SALDO DISPONIVEL	83,950
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO TOTAL	83,950

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/10/19

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:

110.441.424-02

4 - Nome completo da vítima:

Kay Ky Ribeiro Jacinto da Silva

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

5 - Nome completo:

Kay Ky Ribeiro Jacinto da Silva

6 - CPF:

110.441.424-02

7 - Profissão:

guarupá

8 - Endereço:

Av. Sizenando C. Leão

9 - Número:

238 A

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Santana

12 - Cidade:

Corpiuna

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55819-224

15 - E-mail:

manuassessorio@fiet-mail.com

16 - Tel. (DDD):

811 9715-3756

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:

Ana Karina Ribeiro de Souza

18 - CPF do Representante Legal:

031.860.954-17

19 - Profissão do Representante Legal:

guarupá

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1242

CONTA:

39 639

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):



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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (vairasas)?



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 Lider 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Corpiuna, 25/10/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0135002043**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/06/2018** às **10:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/6/2018** às **11:50**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, RUA SIZENANDO CARNEIRO LEÃO - LOTEAMENTO SANTANA CARPINA-PE - Bairro: BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EUSEBIO JACINTO DA SILVA (NOTICIANTE)
ANISIO FRANCISCO DO CARMO NETO (OUTRO)
K.R.J.D.S. (Menor de Idade) (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

EUSEBIO JACINTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO CARMO DA SILVA
Pai: **SEVERINO JACINTO DA SILVA** Data de Nascimento: **19/11/1975** Naturalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4897868/SSP/PE (RG). 96254386453 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares: **- 994249756**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 238, RUA JOSÉ ANTONIO DE LIMA, 238 A BAIRRO NOVO - LOTEAMENTO SAQTANA CARPINA-PE - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

K.R.J.D.S. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA Pai: **EUSEBIO JACINTO DA SILVA** Data de Nascimento: **13/1/2009** Naturalidade: **VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 238, RUA JOSÉ ANTONIO DE LIMA, 238 A BAIRRO NOVO LOT. SANTANA CARPINA-PE - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

ANISIO FRANCISCO DO CARMO NETO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANISIO FRANCISCO DO CARMO NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKM5355** (PERNAMBUCO/VITORIA DE SANTO ANTAO)

Ano Fabricação/Modelo: **2001/2001**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR. EUSEBIO JACINTO, INFORMANDO QUE NO DIA 05/06/2018, POR VOLTA DAS 11:50 HORAS, O SEU FILHO KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA, MENOR DE 09 ANOS DE IDADE TERIA SIDO ATROPELADO POR UMA MOTO DE PLACA KKM5355, QUANDO CAMINHAVA PELA RUA SIZENANDO CARNEIRO LEÃO, BAIRRO NOVO, LOTEAMENTO SANTANA, NESTA CIDADE. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UNIDADE MISTA DESTA CIDADE, SENDO CONDUZIDO POSTERIORMENTE, NO MESMO DIA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, EM RECIFE-PE. QUE, A VÍTIMA FICOU INTERNADA, ONDE FEZ CIRURGIA NO FÊMUR E TÍBIA. QUE, ALEGA AINDA QUE A MOTO QUE O ATROPELOU TERIA SIDO FURTADA DA COMERCIAL 2001, NESTA CIDADE, PORÉM O CONDUTOR NÃO FOI IDENTIFICADO. DIANTE O FATO EXPOSTO, SOLICITA PROVIDENCIAS POLICIAIS QUE O CASO REQUER.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

EUSEBIO JACINTO DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **JOSÉ AMARO DE AGUIAR** - Matrícula: **3847977**

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/09/19

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 1242 CONTA: 39 639 8 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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(vários)? ☐ 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 aqueles 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 rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Carpiúva, 27/09/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



AUTO-ATENDIMENTO - AG Carpina

DATA: 13/09/2019

HORA: 07:28:02

TERMINAL: 12421491

CONTROLE: 124214910090

AGENCIA: 1242 - CARPINA

CONTA: 013.00039639-8

CLIENTE: ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
01/09	0,00

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
25/08	81,69
01/09	2,26

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR			83,640
----------------	--	--	--------

Agosto

25/08	000000	REM BASICA	0,000
25/08	000000	CRED JUROS	0,300

Setembro

01/09	000000	REM BASICA	0,000
01/09	000000	CRED JUROS	0,010

RESUMO EM 12/09

SALDO	83,950
-------	--------

RESUMO DO DIA

SALDO DISPONIVEL	83,950
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO TOTAL	83,950

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/10/19



SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
192 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO

Nº de Ocorrência

FICHA DE ATENDIMENTO

gância "Ata" Nº de O
Atc: 5486.107

1. Hora de chegada 11:20		2. Chegada ao local 11:30		3. Saída do local 11:30		4. Hora de conclusão 11:30		5. Saída do hospital	
6. Motivo/Solicitação: Coluna: Corroco x Corro									
7. Data 05/06/2018									
8. Tipo de recurso: <input checked="" type="checkbox"/> 1. UBA <input type="checkbox"/> 2. USB <input type="checkbox"/> 3. VIR <input type="checkbox"/> 4. Helicóptero <input type="checkbox"/> 5. Moto									
9. Origem do acionamento: <input type="checkbox"/> 1. Domicílio <input checked="" type="checkbox"/> 2. Via Pública <input type="checkbox"/> 3. Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 4. SAD									
10. Médico regulador: Trauzzi									
11. Rádio operador: Cardeas									
12. Paciente: Olexandre									
13. Solicitante: Geon									
14. Data de nascimento: 11/11/85									
15. Idade: 5									
16. Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino									
17. Logradouro: Rua Cisneros Manoel Carneiro Sela									
18. Nº: 511									
19. Bairro: Jardim Santo Amaro									
20. Município: Carpina									
21. Zona: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Urbana <input type="checkbox"/> 2. Rural									
22. Referência: P-001									
23. Local de ocorrência: <input type="checkbox"/> 1. Via Pública <input type="checkbox"/> 2. Domicílio									
24. Ocorrência relacionada ao trabalho: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não									
25. Tipo de atendimento: <input type="checkbox"/> 1. Clínico <input checked="" type="checkbox"/> 2. Causa externa <input type="checkbox"/> 3. Cirúrgico <input type="checkbox"/> 4. Pediátrico <input type="checkbox"/> 5. Psiquiátrico <input type="checkbox"/> 6. Remoção/Suicídio <input type="checkbox"/> 7. Unid. Solicitante:									
26. Tipo de vítima: <input type="checkbox"/> 1. Pedestre <input type="checkbox"/> 2. Condutor <input checked="" type="checkbox"/> 3. Passageiro <input type="checkbox"/> 4. Pessoa condutora em local inadequado									
27. Meio de locomoção da vítima: <input type="checkbox"/> 1. Automóvel <input type="checkbox"/> 2. Moto <input type="checkbox"/> 3. A pé <input type="checkbox"/> 4. Bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> 5. Outro									
28. Maceração do trauma: <input type="checkbox"/> 1. Ocorrência <input type="checkbox"/> 2. Ejeção <input type="checkbox"/> 3. Impacto frontal <input type="checkbox"/> 4. Impacto lateral <input type="checkbox"/> 5. Impacto traseiro									
29. Natureza do acidente: <input type="checkbox"/> 1. Colisão/Abatimento <input type="checkbox"/> 2. Tombamento ou Capotamento <input type="checkbox"/> 3. Choque com objeto fixo <input type="checkbox"/> 4. Atropelamento <input type="checkbox"/> 5. Queda em/pelo veículo <input type="checkbox"/> 6. Outros									
30. Uso do cinto pela vítima: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não se aplica									
31. Uso de cinto pela vítima: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não se aplica									
32. Uso de bebida alcoólica pela vítima: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não se aplica									
33. Intoxicação Exógena: <input type="checkbox"/> 1. Alcool <input type="checkbox"/> 2. Drogas ilícitas <input type="checkbox"/> 3. Medicamentos <input type="checkbox"/> 4. Animais peçonhentos <input type="checkbox"/> 5. Outros									
34. Queda: <input type="checkbox"/> 1. Própria altura <input type="checkbox"/> 2. Outra altura/Aproximadamente: m									
35. Agressão: <input type="checkbox"/> 1. Arma de fogo <input type="checkbox"/> 2. Arma branca <input type="checkbox"/> 3. Agressão física <input type="checkbox"/> 4. Abuso sexual <input type="checkbox"/> 5. Outros									
36. Queda: <input type="checkbox"/> 1. Fogo <input type="checkbox"/> 2. Fumaça <input type="checkbox"/> 3. Térmica (exceto fogo) <input type="checkbox"/> 4. Substância química <input type="checkbox"/> 5. Choque elétrico									
37. Tentativa de suicídio: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não									
38. Outros acidentes: <input type="checkbox"/> 1. Afogamento <input type="checkbox"/> 2. Bojetamento <input type="checkbox"/> 3. Não sei <input type="checkbox"/> 4. Outros									
39. Vias aéreas: <input type="checkbox"/> 1. Livre <input type="checkbox"/> 2. Obstruída									
40. Respiração: <input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Traqueal <input type="checkbox"/> 3. Bradipneia <input type="checkbox"/> 4. Apnéia <input type="checkbox"/> 5. Tórax com deformidades ou lesões									
41. Circulação/pulso: <input type="checkbox"/> 1. Ausente <input type="checkbox"/> 2. Presente <input type="checkbox"/> 3. Chalo <input type="checkbox"/> 4. Fino									
42. Perda de consciência: <input type="checkbox"/> 1. > 2 segundos <input type="checkbox"/> 2. < 2 segundos									
43. Neurologia: <input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Sonolência <input type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Coma <input type="checkbox"/> 5. Convulsão									
44. Escala de GCS: <input type="checkbox"/> 1. Débil motor <input type="checkbox"/> 2. Débil da comunicação verbal <input type="checkbox"/> 3. Dificuldade de fala									
45. Coloração da pele: <input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Cianose <input type="checkbox"/> 4. Hiperemia <input type="checkbox"/> 5. Ictérico									
46. Pupilas: <input type="checkbox"/> 1. Míope <input type="checkbox"/> 2. Midríase <input type="checkbox"/> 3. Anisocóricas <input type="checkbox"/> 4. Não reagente <input type="checkbox"/> 5. Isocóricas									
47. Alergia: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não									
48. Uso medicamento: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não									
49. Alguma patologia: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não									
Qual?									
Qual?									
Qual?									
50. Abertura ocular (AO): <input type="checkbox"/> 1. Espontânea (4) <input type="checkbox"/> 2. À voz (3) <input type="checkbox"/> 3. À dor (2) <input type="checkbox"/> 4. Nenhuma (1)									
51. Resposta verbal: <input type="checkbox"/> 1. Orientada (5) <input type="checkbox"/> 2. Confusa (4) <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas (3) <input type="checkbox"/> 4. Palavras incompletas (2) <input type="checkbox"/> 5. Nenhuma (1)									
52. Resposta Motora: <input type="checkbox"/> 1. Obedece a comandos (6) <input type="checkbox"/> 2. Localiza dor (5) <input type="checkbox"/> 3. Movimento de retirada (4) <input type="checkbox"/> 4. Flexão anormal (3) <input type="checkbox"/> 5. Extensão anormal (2) <input type="checkbox"/> 6. Nenhuma (1)									
53. Sinais vitais - GSVV									
HORA									
PA									
FC									
FR									
TEMP									
HGT									
SpO2 %									
54. Principais lesões									
Crânio									
Face									
Pescoço									
Dorso									
Tórax									
Abdômen									
Pelve									
Membro Superior									
Esquerda									
Direita									
Membro Inferior									
Esquerda									
Direita									
Amputação									
Contusão									
Escorpião									
Remoção									
Perfuração									
Contusão									
Fratura fechada									
Fratura aberta									
Laceração									

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/10/19

55. Conduta:

- ☐ 1. Imob. Coluna cervical ☐ 2. Utilização de prancha
☐ 3. Imob. Membros ☐ 4. KED
☐ 5. Oxigenoterapia

56. Unidade de destino

57. Médico que recebeu

58. Equipe

Médico assistente:

Enfermeiro:

Técnico de enfermagem:

Condutor/Piloto:

Responsável pelo preenchimento:

Solicitou apoio da U11

☐ 1. Sim

☐ 2. Não

Observações:

Redirecionamento

☐ 1. Sim

☐ 2. Não

Origem:

Destino:

Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.

59. Cancelamento da ocorrência

- ☐ 1. Pelo médico regulador ☐ 2. Pelo solicitante
☐ 3. Por falta ☐ 4. Por cenário de risco para a equipe

60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O subscrito certifica que o paciente recebeu atendimento mesmo contra orientação médica.

Testemunha:

Assinatura:

RG:

Data:

61. Múltiplas vítimas

☐ 1. Sim

☐ 2. Não

Nº de vítimas:

Cenário:

62. Outras descrições:

Pela S. M. S. com
 no carro de emergência
 no local, a vítima
 não havia sido re-
 movida por populares
 logo para dentro e
 após um ato

Ass: (Assinatura)

COREN-PE 000.464.560

KOTE SEGUROS
 Erica Araújo
 09/10/19

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: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01242

CONTA: 000000039639-8

Nr. da Autenticação 353029B9F60AB9AE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ana Karina Ribeiro de Souza,

RG nº 5.762.401, data de expedição 10/10/02, Órgão SDS/PE,

CPF nº 031.860.954-12, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. 4 Sigismundo C. Liao</u>
Número	<u>238 A</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Santana</u>
Cidade	<u>Caruaru</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55819-224</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915.3256</u>
E-mail	<u>marceloassuncao@fictmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru, 18/10/2019

Assinatura do Declarante:

Ana Karina Ribeiro de Souza

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/10/19



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 981704/2018.

NOME: KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA.

Foi atendido às 16h14 do dia 05.06.2018.

Diagnóstico provável: POLITRAUMATISMO - T.C.E.
FRATURA FECHADA DE DIÁFISE DE FÊMUR DIREITO
FRATURA DE FIBULA DIREITA.
FRACASSO COSTO-COSTAL EM CERVICOCABELO
FRATURA DE VÍDEA (ATROFELANCO)

Tratamento realizado: EXAMES COMPLEMENTARES
TAC DE CRÂNIO SEM LÍQUOR VESICULARES
CERVICOCOSTAL - FRATURA FECHADA DE DIÁFISE DE
FÊMUR DIREITO - OSTEOPOROSE EM 06-06-18
TALA COXO-BOCALICO
ANÁLISES - ANTIBIÓTICO
TALA GESSADA EM P.S. DIREITO.

Obs.

ALTA HOSPITALAR EM 11-06-2018

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 13.07.2018

CS - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SAME
CRM: 4533

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/10/19

5441505

Sendo 5441398

H.O.F.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA FRANCISCO ASSIS CHATEAUBRIAND



GOVERNO DE
CARPINA
A FORÇA DO TRABALHO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 123.921 CNS: Idade: 09 Sexo: M
Nome: Ruique Ribeiro Junior Nascimento: Est. Civil: 5
End: R José Antônio de Deus Bairro: 130109 CEP:
Cidade: Conjuro Nº: 2382 Nac.: Doc Nº:
Mãe: Ana Raimundo R. Souza Pai:
Profissão: Responsável: Tel.:

Últimas Ocorrências:

Data: 05/06/18 Hora: 11:50 Nº OCORRÊNCIA: Situação / Sintomas / Queixas / Eventos:

PRE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXA / DIAGNÓSTICO:

Paciente deu entrada no ser-
viço apresentando trauma em
região como Cabeludo (front.
parietal), Colunas cervicais
fratura fechada de fêmur D e
região proximal de fêmur D

TRATAMENTO:

① Propofol 500g, para ml + 100ml + 95%
② Decodiam 2mg/ml, para ml + 100ml + 95%
③ SP2 500ml + 95%
④ Solicito Ressonância para de
MID, AP + perfil

EXAMES COMPLEMENTARES:

⑤ Transpor get + traumob - Out

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

⑤ Fratura de MID
AP + perfil

CID:

MOTIVO DA SAÍDA: Sendo 5441398

RESIDÊNCIA: ☐ INTERNADO: ☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ TÉCNICO / COREN

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHAMENTO:

REMOVIDO:

OBITO:

M DO DIA

DATA SAÍDA:

HORÁRIO SAÍDA:

DATA:

RECEPCIONISTA:

Dr. Rogério Alves de Santana
Médico
CREMEPE 26014
HORA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO:

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
0911819