

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: 110-663-414-36 Adenildo de Araujo Mendes

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

5 - Nome completo: Adenildo de Araujo Mendes 6 - CPF: 110.663.414-36
7 - Profissão: Semu inv 8 - Endereço: R. Três 9 - Número: 66 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bairro Novo 12 - Cidade: Capriua 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55810-000
15 - E-mail: manuelassessoria@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 81 97915-3756

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: 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1242 CONTA: 42830 3 AGÊNCIA: CONTA:

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 do 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) ☐ Divorçado ☐ 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(s) (verbo(s))? ☐ 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

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:

Capriua, 16/09/2019

Adenildo de Araujo Mendes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (Declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CAIXA

POUPANÇA

603689 0010 56306 0482

ADENILDO DE ARAUJO NUNES

VALID
THRU 03/21

1242 013 00042830-3

MasterCard

débito



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0135003573**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/09/2019** às **11:39**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **27/8/2019** às **12:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, BR-408, TREVO DE CARPINA** - Bairro: **BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL** -
Ponto de Referência: **JUNIOR SOM**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVER (AUTOR \ AGENTE)
DESCONHECIDO (OUTRO)
ADEILDO DE ARAÚJO NUNES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ADEILDO DE ARAÚJO NUNES**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

ADEILDO DE ARAÚJO NUNES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SINALVA FRANCISCA DE SOUZA Pai: ALUISIO DE ARAÚJO NUNES Data de Nascimento: 16/1/1983 Naturalidade: PAUDALHO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8633982/SDS/PE (RG), 11866141436 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º, GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINA, 00, RUA 3, - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO HOUVER (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/10/19

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia civil/.infopol/xml/BOEPrev...

BICICLETA (OUTROS TIPO DE OBJETO), que estava em posse do(a) Sr(a): **ADEILDO DE ARAÚJO NUNES**

Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFL5559** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A VITIMA INFORMANDO QUE O MESMO ESTAVA DE BICICLETA E QUANDO ELE MENOS ESPERAVA, A REFERIDA MOTOCICLETA BATEU NELE. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA A UNIDADE MISTA DE CARPINA E LOGO EM SEGUIDA, O MESMO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ONDE FOI CONSTATADO QUE A VITIMA FRATUROU A CRAVÍCULA.

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

x *Adeildo de Araujo Nunes*

ADEILDO DE ARAÚJO NUNES
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE NAZARIO DA SILVA JUNIOR** - Matrícula: **319792-1**



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/09

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: 110-663-414-36 Adenildo de Araujo Mendes

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

5 - Nome completo: Adenildo de Araujo Mendes 6 - CPF: 110.663.414-36
7 - Profissão: Semu inv 8 - Endereço: R. Três 9 - Número: 66 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bairro Novo 12 - Cidade: Capriua 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55810-000
15 - E-mail: mauro assessoria@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 81 97915-3756

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: 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: 1242 CONTA: 42830 3 AGÊNCIA: CONTA:

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 do 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) ☐ Divorçado ☐ 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(s) (verbo(s))? ☐ 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

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:

Capriua, 16/09/2019

Adenildo de Araujo Mendes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (Declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CAIXA

POUPANÇA

603689 0010 56306 0482

ADENILDO DE ARAUJO NUNES

VALID
THRU 03/21

1242 013 00042830-3

MasterCard

débito

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190572084

Vítima: ADENILDO DE ARAUJO NUNES

Data do Acidente: 27/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ADENILDO DE ARAUJO NUNES

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190572084

Vítima: ADENILDO DE ARAUJO NUNES

Data do Acidente: 27/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADENILDO DE ARAUJO NUNES

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-0348326/19

Vítima: ADENILDO DE ARAUJO NUNES

CPF: 110.661.414-36

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 27/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADENILDO DE ARAUJO NUNES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADENILDO DE ARAUJO NUNES : 110.661.414-36

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: 08/10/2019
Nome: ADENILDO DE ARAUJO NUNES
CPF: 110.661.414-36

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

ADENILDO DE ARAUJO NUNES

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190572084 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADENILDO DE ARAUJO NUNES **Data do acidente:** 27/08/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE
FRATURA DE ESCÁPULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X / VÍTIMA COM 26 ANOS.
- DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
A - RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
B - LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
C - EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.
OBS.: TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
DATA DO ACIDENTE: 27/08/2019

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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ademildo de Araujo Nunes,

RG nº 8.533.982, data de expedição 21/01/16, Órgão SDS/PE,

CPF nº 110.661.414-36, 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>R. Jus</u>
Número	<u>66</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Bairro novo</u>
Cidade	<u>Carpina</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55810-000</u>
Telefone de Contato	<u>(71) 97915-3756</u>
E-mail	<u>marabomensenia@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Carpina, 16/09/2019

Assinatura do Declarante: Ademildo de Araujo Nunes

KOTE SEGURO
Erica Araujo
07/10/19

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.335.932/0001-05
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ESTER GABRIELE SILVA DE ARAUJO

CPF: 120.069.074-50 NIS: 20035360261

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TRES 66

BAIRRO NOVO CARPINA
55810-000 CARPINA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

13/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

30,20

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

05/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

05/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

076052211

CONTA CONTRATO

007030426058

Nº DO CLIENTE

201664424

Nº DA INSTALAÇÃO

0005022780

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

C6D8.6772.0F14.8890.E845.F2CB.470D.0AE1

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19198125	5,75
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	53,00	0,32911071	17,44
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,77
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,51
Multa por atraso-NF 068406808 - 05/07/19			0,46
Juros por atraso-NF 068406808 - 05/07/19			0,20
Atualização IGPM-NF 068406808 - 05/07/19			0,07
TOTAL DA FATURA			30,20

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	%	VALOR DO IMPOSTO	%
0,00		0,00	24,96	0,81	0,20
			24,96	3,72	0,92

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Real	Valor
13/09/19	05/09/19	30,49

Esta comunicação NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contém débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos na Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,19198125
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,32911071

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
SET 19	83
AGO 19	89
JUL 19	85
JUN 19	81
MAI 19	96
ABR 19	82
MAR 19	95
FEV 19	83
JAN 19	82
DEZ 18	79
NOV 18	49
OUT 18	
SET 18	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	12,14	40,53
Transmissão	1,22	4,09
Distribuição (Celpe)	7,40	24,73
Encargos Setoriais	0,72	2,38
Tributos	1,12	3,73
Perdas de Energia	2,34	7,75
TOTAL	24,96	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000091320665	CAT	06/08/2019	5.150,00	05/09/2019	5.233,00	30	1,00000	0,00	83,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 08/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
jul/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	CARPINA	0,00	5,31	10,62	21,25
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,03	6,06	12,12
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 11,53					

Tudo Consumidor pode solicitar a separação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI e qualquer dúvida.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 26,27.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007030426058	09/2019	30,20	13/09/2019	

838600000000 302000110073 030426058102 141462318935



Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
21/09/19

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0051382

Prontuário: 00031931-7

Nome: ADENILDO DE ARAUJO NUNES

Idade: 26 ANOS, 7 MESES E 11 DIAS

Endereço: RUA: PROJ 03, Nº 63

Dt. Nasc.: 16/01/1993 Sexo: M Est. Civil: SOLTEIRO

Cidade: CARPINA/PE

CEP:

Documento:

Bairro: JD NEOPOLIS

Nac: BRASIL

CNS:

Sisprenatal:

Tel.:

Mãe: SINALVA FRANCISCA DE SOUZA

Pai: ALUISIO DE ARAUJO NUNES

Profissão: SERVIÇOS GERAIS

Responsável:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
27/08/2019 12:52	0051382	ACIDENTE DE BICICLETA

HGT = 1,74 m. 57 58 045

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	FR	Pulso	Peso	Assinatura
	160x100	26	92	98,7 (AR Amp)	

Queixas / Diagnóstico

Idade: 26 anos, vítima de colisão
 MOTOR BICICLETA há 20 min.
 Perda da consciência, evoluiu com
 dor em MSE + deformidade após o
 trauma.
 Náusea, vômito, tontura, sonolência,
 desorientação.
 Exames: cefaleia, incontinência,
 agitação, reflexos, consciência
 noc: Glasgow 15, pupilas isocóricas
 e reativas.

Tratamento

- Do MSE
 - Imobilização
 - Dipropeno - IF A + 10ml 50,0
 EV
 - Dipirona - IF A + 10ml 50,0
 EV
 - 100 H2O
 57 58 045
 - Franchet + laboratorial

Exames complementares

Rex / AR / Amp / 3 alt.

Impressão diagnóstica

CID

MSE: c/ deformidade + edema em membro.

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Hora:

____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Hora saída:

Data da impressão: Terça-feira, 27 de Agosto de 2019 às 12:52

Recepcionista: ELIZAB. AUGUSTO

<input type="checkbox"/> CURATIVO	ADM MEDICAMENTO: <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP	TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico: <input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada <input type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada		MÉDICO / CRM
		HORÁRIO:
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

KOTE SEGUROS
 Erica Araujo
 57 58 045

Alta do ortopedico 28/08/2019 às 7:55

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1691076

Nome: Helido de Araújo Nunes

Foi atendido às 14:54 hs. do dia 28/08/2019

Diagnóstico Provável:

fratura de escápula (E)
Lesão da artéria, costal e
axilar (E)

Tratamento Realizado: Analgésico

Tupia MJ

Observação: Curativo + Imobilização MJ (+ parafixação) +
Aumento das atividades laborais por
2 dias + Alta hospitalar de ortopedia

Cópia de: Retorno ambulatorial com 15 dias

Méico: CIRMEN

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

KOTE SEGURO
Erica Araujo
07/10/19



SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

192

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº da Ocorrência

10 3.672906

1. Hora do chamado	2. Chegada ao local	3. Saída do local	4. Hora de conclusão	5. Saída do hospital
12:30	12:34	12:55	18:00	18:00
6. Motivo/Solicitação	CUMPRIMENTO X BICICLETA			
7. Data	27/08/19			
8. Tipo de recurso	<input type="checkbox"/> 1. USA <input checked="" type="checkbox"/> 2. USB <input type="checkbox"/> 3. VIR <input type="checkbox"/> 4. Helicóptero <input type="checkbox"/> 5. Moto			
9. Origem do atendimento	<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	DR. Thiago			
11. Rádio operador	Solidante			
12. Paciente	Dimitrius / Carolina e Wilson			
13. Solidante	Wilson			
14. Data de nascimento	15. Idade	16. Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino	
16/05/93	26	M		
17. Logradouro	R. 408 - Pista Local			
18. Bairro	Nova			
19. N°	514			
20. Município	Carpina			
21. Zona	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Urbana <input type="checkbox"/> 2. Rural			
22. Referência	DUP			
23. Local de ocorrência	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Via Pública <input type="checkbox"/> 2. Domicílio			
24. Ocorrência relacionada ao trabalho	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Sim <input 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. Pediatría <input type="checkbox"/> 5. Psiquiatria <input type="checkbox"/> 6. Remoção/Genha: Unid. Solicitante:			

26. Tipo de vítima	27. Meio de locomoção da vítima		28. Mecanismo do trauma
<input type="checkbox"/> 1. Pedestre <input type="checkbox"/> 2. Condutor <input type="checkbox"/> 3. Passageiro <input type="checkbox"/> 4. Pessoa conduzida em local inadequado	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Automóvel <input type="checkbox"/> 2. Moto <input type="checkbox"/> 3. A pé <input type="checkbox"/> 4. Bicicleta <input type="checkbox"/> 5. Outro		<input type="checkbox"/> 1. Capotamento <input type="checkbox"/> 2. Emissão <input type="checkbox"/> 3. Impacto frontal <input type="checkbox"/> 4. Impacto lateral <input type="checkbox"/> 5. Impacto traseiro
29. Natureza do acidente	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Colisão/Abaloamento <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/ou de veículo <input type="checkbox"/> 6. Queda <input type="checkbox"/> 7. Ignorado		
30. Uso de capacete pela vítima	31. Uso do cinto pela vítima		
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não se aplica	<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	34. Queda	
<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. Outras	<input type="checkbox"/> 1. Própria altura <input type="checkbox"/> 2. Outra altura/Aproximadamente: m	
35. Agressão	36. Queimadura	
<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. Outras	<input type="checkbox"/> 1. Fogo <input type="checkbox"/> 2. Fumaça <input type="checkbox"/> 3. Térmica (excesso de fogo) <input type="checkbox"/> 4. Substância química <input type="checkbox"/> 5. Choque elétrico	
37. Tentativa de suicídio	38. Outros acidentes	
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Afogamento <input type="checkbox"/> 2. Solamento <input type="checkbox"/> 3. Não sei <input type="checkbox"/> 4. Outros	

39. Via aérea	40. Respiração	41. Circulação/pulso	42. Perfusão periférica
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Livre <input type="checkbox"/> 2. Obstruída	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Traqueal <input type="checkbox"/> 3. Bradipneia <input type="checkbox"/> 4. Apneia <input type="checkbox"/> 5. Tórax com deformidades ou lesões	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Ausente <input checked="" type="checkbox"/> 2. Presente <input type="checkbox"/> 3. Chale <input type="checkbox"/> 4. Fino	<input type="checkbox"/> 1. > 2 segundos <input checked="" type="checkbox"/> 2. < 2 segundos
43. Neurologia	44. Escala de GCS		
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Sonolência <input type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Coma <input type="checkbox"/> 5. Convulsão	<input type="checkbox"/> 1. Déficit motor <input type="checkbox"/> 2. Déficit de nistagmo lateral <input type="checkbox"/> 3. Dificuldade de fala		
45. Coloração da pele	46. Pupilas		
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Cianose <input type="checkbox"/> 4. Hipermia <input type="checkbox"/> 5. Ictérico	<input type="checkbox"/> 1. Iguais <input type="checkbox"/> 2. Mídrises <input checked="" type="checkbox"/> 3. Heterogêneas <input type="checkbox"/> 4. Não reage		
47. Alergia			
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não			
48. Uso medicamento			
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não			
49. Alguma lesão			
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não			

50. Abertura ocular (AO)	51. Resposta verbal	52. Resposta motora	53. Sinais vitais - QSVV
<input checked="" 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)	<input checked="" 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Obedece a comandos (5) <input type="checkbox"/> 2. Localiza dor (4) <input type="checkbox"/> 3. Movimento de retirada (3) <input type="checkbox"/> 4. Flexão anormal (2) <input type="checkbox"/> 5. Extensão anormal (1) <input type="checkbox"/> 6. Nenhuma (1)	HORA: 16h10 PA: 92 FC: 26 FR: 119 TEMP: 36 HGT: 119 SpO2 %: 98% AA
TOTAL	SCORE1	SCORE2	
	15		

54. Principais lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Peixe	Membro Superior	Membro Inferior
Amputação									
Contusão									
Escoriação									
Ematoma									
Perfurante									
Contusão									
Fratura fechada									
Fratura aberta									
Laceração									

NOTE SEGURANÇA
Erica Araújo
Gallotta

55. Conduta

<input type="checkbox"/> 1. Imob. Coluna cervical	<input type="checkbox"/> 2. Utilização de pranchas
<input type="checkbox"/> 3. Imob. Membros	<input type="checkbox"/> 4. KED
<input type="checkbox"/> 5. Oxigenoterapia	

56. Unidade de destino: H.M.C.

57. Médico que recebeu:

58. Equipe:

Médico assistente:

Enfermeiro:

Técnico de enfermagem:

Condutor/Piloto:

Responsável pelo preenchimento:

Solicitou apoio da U1? ☒ 1. Sim ☐ 2. Não

Observações:

Redirecionamento: ☒ 1. Sim ☐ 2. Não

Causa:

Destino:

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

59. Cancelamento da ocorrência

<input type="checkbox"/> 1. Pelo médico requisitor	<input type="checkbox"/> 2. Pelo solicitante
<input type="checkbox"/> 3. Por trote	<input type="checkbox"/> 4. Por cenário de risco para a equipe

60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O sottoscritto certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica.

Testemunha:

Assinatura:

R.G.:

Data:

61. Múltiplas vítimas: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Nº de vítimas:

Cenário:

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
02/10/19

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Adenildo de Araujo Nunes
 Loc. Nasc. Paraupeba Est. PE Data 16.10.93
 Filiação Queisio de Araujo Lima e Jo
 Doc. Nº RG 13.994.141-1 13.994.141-1

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. Nº
 Exp. em Estado
 Obs.
 Data Emissão 24.10.93 SRTE Carapina-PE
Carapina-PE
 Assinatura do Portador
 Assinatura do Portador
 Assinatura do Portador

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação a nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.

KOTE SEGUROS
 Erica Araujo
 07/10/19

Obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.
 Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.
 Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.
 Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.
 Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "contendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.
 Se você não é eletricitista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.
 Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.
 As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.
 Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.
 Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.
 Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.
 Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.
 Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.
 Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.
 Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.
 Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
 CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 19260 Série 00104



Assinatura do Portador
 ASSINATURA DO PORTADOR



SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
RESERVA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO

Nº de Ocorrência

1005672906

1. Hora do chamado: 12:30	2. Chegada ao local: 12:36	3. Saída do local: 12:55	4. Hora de conclusão: 8:00	5. Saída do hospital: 18:00
6. Motivo/Solicitação: CAUTELA INTERNA BICICLETA	7. Data: 27/08/19			
8. Tipo de recurso: <input type="checkbox"/> 1. USA <input checked="" type="checkbox"/> 2. USB <input type="checkbox"/> 3. VIR <input type="checkbox"/> 4. Helicóptero <input type="checkbox"/> 5. Moto				
9. Origem do atendimento: <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: DR. THIAGO	11. Rádio operador: [assinatura]			
12. Paciente: DIMONICILIO ZACARIAS DE OLIVEIRA	13. Solicitante: [assinatura]			
14. Data de nascimento: 16/05/93	15. Idade: 26	16. Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino		
17. Logradouro: BR 408 - Pista Local	18. N°: 511			
19. Bairro: N.º	20. Município: Campina			
21. Zona: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Urbana <input type="checkbox"/> 2. Rural	22. Referência: DUBV			
23. Local de ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Via Pública <input type="checkbox"/> 2. Domicílio	24. Ocorrência relacionada ao trabalho: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não		25. Tipo de atendimento: <input type="checkbox"/> 1. Clínico <input checked="" type="checkbox"/> 2. Causa externa <input type="checkbox"/> 3. Obstétrico <input type="checkbox"/> 4. Pediátrico <input type="checkbox"/> 5. Psiquiátrico <input type="checkbox"/> 6. Remoção/Genha: <input type="checkbox"/> 7. Unid. Solicitante	
26. Tipo de vítima: <input type="checkbox"/> 1. Pedestre <input type="checkbox"/> 2. Condutor <input 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 checked="" type="checkbox"/> 2. Moto <input type="checkbox"/> 3. A pé <input type="checkbox"/> 4. Bicicleta <input type="checkbox"/> 5. Outro		28. Mecanismo do trauma: <input type="checkbox"/> 1. Capotamento <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 checked="" type="checkbox"/> 1. Colisão/Abalroamento <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/por veículo <input type="checkbox"/> 6. Outro <input type="checkbox"/> 9. Ignorado				
30. Uso de cinto pela vítima: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não se aplica		31. Uso do 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. Queimadura: <input type="checkbox"/> 1. Fogo <input type="checkbox"/> 2. Fumaça <input type="checkbox"/> 3. Têrmica (exposto fogo) <input type="checkbox"/> 4. Substância química <input type="checkbox"/> 5. Choque elétrico		
37. Tentativa de suicídio: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não		38. Outros acidentes: <input type="checkbox"/> 1. Afogamento <input type="checkbox"/> 2. Solamento <input type="checkbox"/> 3. Não sei <input type="checkbox"/> 4. Outros		
39. Vias aéreas: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Livre <input type="checkbox"/> 2. Obstruída		40. Respiração: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Traqueal <input type="checkbox"/> 3. Bradipneia <input type="checkbox"/> 4. Apneia <input type="checkbox"/> 5. Tórax com deformidades ou lesões		41. Circulação/pulso: <input type="checkbox"/> 1. Ausente <input checked="" type="checkbox"/> 2. Presente <input type="checkbox"/> 3. Cholo <input type="checkbox"/> 4. Fino
42. Neurologia: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Sonolência <input type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Coma <input type="checkbox"/> 5. Convulsão		43. Escala de GCS: <input type="checkbox"/> 1. Defeito motor <input type="checkbox"/> 2. Desvio da convergência lateral <input type="checkbox"/> 3. Dificuldade de fala		
44. Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Cianose <input type="checkbox"/> 4. Hiperemia <input type="checkbox"/> 5. Ictérico		45. Pupilas: <input type="checkbox"/> 1. Míopes <input type="checkbox"/> 2. Midríases <input checked="" type="checkbox"/> 3. Anisocóricas <input type="checkbox"/> 4. Não responde		
46. Alergia: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não		47. Usa medicamento: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não		48. Alguma patologia: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não
Qual? SICA de [assinatura]		Qual? SICA de [assinatura]		Qual? SICA de [assinatura]
49. Abertura ocular (AO): <input checked="" 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)		50. Resposta verbal: <input checked="" 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)		51. Resposta motora: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Obedece a comandos (5) <input type="checkbox"/> 2. Localiza dor (4) <input type="checkbox"/> 3. Movimento de retirada (3) <input type="checkbox"/> 4. Flexão anormal (2) <input type="checkbox"/> 5. Extensão anormal (1) <input type="checkbox"/> 6. Nenhuma (1)
TOTAL		SCORE1		SCORE2
		15		
52. Sinais vitais - QSVV		HORA: 16:00		
		PA: 100		
		FC: 92		
		FR: 26		
		TEMP: 36.5		
		HGT: 119		
		SpO2 %: 98% AA		

54. Principais lesões	Cranio	Fase	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	Membro Superior	Membro Inferior
								Esquerda	Direita
Amputação									
Contusão									
Escoriação									
Ematoma									
Perfurante									
Contusão									
Fratura fechada									
Fratura aberta									
Lesão									

NOTE SEQUIA
Erica Araújo
[assinatura]

