

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

350.663.454-36

4 - Nome completo da vítima:

Adenildo de Araujo Nunes

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 Nunes

6 - CPF:

350.663.454-36

7 - Profissão:

revisor in.

8 - Endereço:

R. Tros

11 - Bairro:

Bairro 1000

12 - Cidade:

Paripuua

13 - Estado:

PE

9 - Número:

66

10 - Complemento:

15 - E-mail:

mauilo.assessoria@hot-mail.com

14 - CEP:

55810.000

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

SEM RENDA

R\$1.000,00 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):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3242

CONTA: 033

3

[Inserir o dígito se existir]

[Inserir o dígito se existir]

AGÊNCIA:

CONTA:

[Inserir o dígito se existir]

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/retorno 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.

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
20/19

22 - DECLARAÇÃO DE ALIENCIAS 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 as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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 (varas):

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 ensejar a obrigação de devolver o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

Caruaru, 16/09/2019

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045<sup>a</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINHA -  
DP45<sup>a</sup>CIRC DINTER1/11<sup>a</sup>DESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0135003573**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARPINHA, 1, BR-468, TREVO DE CARPINHA** - Bairro: **BAIRRO NOVO - CARPINHA/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 )**

XOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
07/10/19

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**  
**VEÍCULO:** (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: **8833982/SDS/PE (RG), 11866141436 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARPINHA, 88, RUA 3, - CEP: 8 - Bairro: BAIRRO NOVO - CARPINHA/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)**

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: **PFL 5659** (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO)

### Complemento / Observação

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

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

> *Adeildo de Araújo Nunes*

**ADEILDO DE ARAÚJO NUNES**  
(VÍTIMA)

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



*Carpina*  
KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
Graça

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:  
**350.663.454-36**

4 - Nome completo da vítima:

**Adenildo de Araujo Nunes**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

**adenildo de Araujo Nunes**

6 - CPF:  
**350.663.454-36**

7 - Profissão:

**revisor in.**

8 - Endereço:

**R. Tros**

9 - Número:

**66**

10 - Complemento:

11 - Bairro:

**Bairro 1002**

12 - Cidade:

**Paripuua**

13 - Estado:

**PE**

14 - CEP:

**55810.000**

15 - E-mail:

**mauilo assessoria@hot mail.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

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):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3242**

CONTA: **033**

**42 830**

**3**

[Inserir o dígito se existir]

[Inserir o dígito se existir]

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: [Inserir o dígito se existir] CONTA: [Inserir o dígito se existir]

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/retorno 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.

**KOTE SEGUROS**  
**Erica Araujo**  
**20/19**

22 - DECLARAÇÃO DE ALIENCIAS 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 as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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 (varas):

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 ensejar a obrigação de devolver o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

**Caruaru, 16/09/2019**  
**Adenildo de Araujo Nunes**

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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.

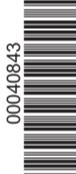
Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorno 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/08/2019

**Titular do CPF:** ADENILDO DE ARAUJO NUNES

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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](http://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

**Valorização 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: RAIO 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 24/01/16, Órgão SDS/PE,

CPF nº 310.661.414-36, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>R. das</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>(81) 97915-3756</u>       |
| E-mail                            | <u>marabaxenon@gmail.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  
WPI/AL

## 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 10.335.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-U3

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

Ouvíndia 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 68

BAIRRO NOVO/CARPINA  
55810-000 CARPINA PE

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

0007030426058

## Nº DO CLIENTE

2016664424

## Nº DA INSTALAÇÃO

0005022780

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

C6DB.6772.0F14.8890.E845.F2CB.470D.0AE1

## DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIPÇÃO                               | 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. Bem. 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         |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                   |            |            | <b>30,20</b> |

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS            | PIS  | COFINS           |                 |      |                   |                 |      |                  |
|-----------------|------|------------------|-----------------|------|-------------------|-----------------|------|------------------|
| BASE DE CALCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CALCULO | %    | VALOR DO IMPPOSTO | BASE DE CALCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO |
| 0,00            | 0,00 | 24,96            | 0,81            | 0,20 | 24,96             | 3,72            | 0,92 | 0,92             |

## EM ATÉ 15 DIAS, DEBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

| Variação | Diária   | Valor |
|----------|----------|-------|
| 13/08/19 | 05/09/19 | 38,43 |

Fato comunicado: NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla 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 no Art. 99 REN 414/ANEEL. Pode ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

| Tarifas Aplicadas                                  | HISTÓRICO DO CONSUMO |
|--|----------------------|
| Consumo Ativo ate 30 kWh 0,19198125                | kWh                  |
| Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh 0,32911071 |                      |
| SET 19   | 83                   |
| AGO 19   | 89                   |
| JUL 19   | 85                   |
| JUN 19   | 81                   |
| MAJ 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\$                  | %           |
|----------------------|-------------|
| Genéres de Energia   | 12,14 48,62 |
| Transmissão          | 1,22 4,89   |
| Distribuição (Celpe) | 7,43 29,73  |
| Encargos Sociais     | 8,72 3,28   |
| Tributos             | 1,12 4,49   |
| Perdas de Energia    | 2,34 9,39   |
| TOTAL                | 24,96 100   |
| SET 18               |             |

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| DESCRIPÇÃO                                  | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL         | META TRIM | META 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                | 6,00      | 12,00      |
| DICRH-Duração de interrupção em dia crítico |          |               | Limite DICRH: 12,22 |           |            |

EUSD-Valor da Encargo de Uso = R\$ 11,63

Nota Consumidor: pode solicitar a apresentação das indicações DIC, FIC, DMIC e DICRH e questionar tempo.

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://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. 9º, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 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.

## DESTAQUE AQUI

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO |
|----------------|---------|--------------------|------------|--------------------|
| 0007030426058  | 09/2019 | 30,20              | 13/09/2019 |                    |

838600000000 302000110073 030426058102 141462318935



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

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
Gandia

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 00031931-7

Nome: ADENILDO DE ARAUJO NUNES

Endereço: RUA: PROJ 03, Nº 63

Cidade: CARPINA/PE

Bairro: JD NEOPOLIS

Documento:

CNS:

Mãe: SINALVA FRANCISCA DE SOUZA

Profissão: SERVIÇOS GERAIS

Idade: 26 ANOS, 7 MESES E 11 DIAS

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

CEP:

Nac: BRASIL

Tel.:

Sisprenatal:

Pai: ALUISIO DE ARAUJO NUNES

Responsável:

Tel.:

## Últimas Ocorrências

| Data             | Nº Ocorrência | Motivo do atendimento |     |          |
|------------------|---------------|-----------------------|-----|----------|
| 27/08/2019 12:52 | 0051382       | ACIDENTE DE BICICLETA | HSE | H2 (Tum) |

HGT: 359 m/100 5758045

## PRE-CONSULTA

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

| Horário | P.A.    | T.R. | Pulso | Peso          | Assinatura |
|---------|---------|------|-------|---------------|------------|
|         | 160x100 | 26   | 92    | 98.1 (AR Ama) |            |

## Queixas / Diagnóstico

P.º C. 26 anos, vítima de colisão entre moto e bicicleta há 20 min. Foi um ciclista, caiu com forte impacto na cabeça, resultando em ferida aberta + edema agudo. Nascer desmaiado, tontura, edema de orientação. F.º Falso. Ciclismo, indumentaria adequada, alerta, consciente. Soc: 0800-15-5758045, PUPULAS MECÔNICAS + reativação.

- Fco HSE
  - Inchaço facial
  - Edema agudo - IF A + Volum 500,0
  - Deltaplasteno - IF A + Volum 500,0
  - Tum
  - Deltaplasteno - IF A + Volum 500,0
  - Fco H2
  - 5758045
  - Fractura + lesão cervical
- CRM-PER 20.720  
Clínica Pernambuco  
"Ceu Azul"  
Erica Araujo

## Exames complementares

Fev: A2 / Arteria: 130/80 mmHg

## Impressão diagnóstica

CID

## Motivo da saída:

Residência  Internado 

Justificativa:

| CURATIVO    | ADM MEDICAMENTO:   | TÉCNICO / COREN |
|-------------|--|-----------------|
| NEBULIZAÇÃO | BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> |                 |

## 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 |
|------------------------|--------------------|---------|
|                        |                    |         |
|                        |                    |         |
|                        |                    |         |

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

Recepção: ELIZAB. AUGUSTO

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
Sandra

Pa do atend. 28/08/2019 às 7:55

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1691096

Nome: Aleido de Freijo Nunes

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

Diagnóstico Próvel:

Fratura de escápula (E)

Fractura em antebraço, estilhaço

golpeado (E)

Tratamento Realizado: Analgésico

Brasão MJ

Observação:

Cinturão + Inabilitação INSS (tornozelo) +  
Atividades desatividades laborais por  
20 dias + Alta hospitalar de emergência

Cópia de: Retorno ambulatorial com 15 dias

Medico + CRM/MS

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à 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 SEGURU  
Erica Araujo  
07/09/19



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

Nº da Ocorrência

Nº de Ocorrência  
10015672906

**KOTE SEGUROS**  
Erica Araújo  
**07/10/19**

ESTADO DE PERNAMBUCO  
MATERIAL PLÁSTICO - CEDULA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL - DOCUMENTO

8.533.982

EMISSÃO: 21/01/2016

«« ADENILDO DE ARAÚJO NUNES »»

«« ALUÍSIO DE ARAÚJO NUNES »»  
«« SINALVA FRANCISCA DE SOUZA »»

PAUDALHO - PE

EMISSÃO: 16/01/1993

«« CN.31.233 LA29 F.126 CART.  
CARPINA-PÉ 2503.1993 »»

110.661.414-36

(G. V.)

Alenildo de Araújo Nunes

ESTADO DE PERNAMBUCO - CEDULA DE IDENTIDADE - DOCUMENTO

ADMISTRAÇÃO PÚBLICA - LEI Nº 1160 DE 2003 - P-69 n.º 359 - 30/21

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Name.....*Chen Hui*..... No.....*222*  
Loc. Name.....*Filingao*..... Est. No.....*100*  
Doc. No RQ.....*8-2-2*..... Date.....*10/10/02*

ESTRANGEIROS

obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mestre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar

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 "entendidos" e "curiosos" concordem para o atendimento de sua lesão.

**Se você não é eletricista, não se meteu a fazer serviços de**

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um dente amanhã será tarde demais.

**As máquinas não respeitam fronteira: mas você deve respeitar-las.**

Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Cuiteça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes e baixa desatenção.

**Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e  
anúncios 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 diversos lugares.

Fare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Conheça o material dos artigos que já foram disponibilizados no site da ABIMED. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Além disso, existem vários tipos de equipamentos e utensílios adaptativos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

A circular stamp with the following text:

SEPQD  
AG. CARPINHA  
CONTABILIDADE  
NITERÓI - RJ

Número 19260 Série 00104

*t. Geleni lele de Góes da Muzela*  
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.        |  |

NOTA SE  
Erica  
OU

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
Ovidia



10A 5672906

|  |   |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
|--|---|--|--|---|----------------------------------|----------------------|-------|----------------------|-----------------|
| 1. Hora do chamado                                 | 12:30   | 2. Chegada ao local                                | 12:30  | 3. Saída do local                       | 12:55                            | 4. Hora de conclusão | 13:00 | 5. Saída do hospital | 18:00           |
| 6. Motivo/Solicitação                              | CAMPINA NEGRA - DITADURA  |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 7. Tipo de recurso:                                | <input type="checkbox"/> 1. USA   | <input checked="" type="checkbox"/> 2. UEB         | <input type="checkbox"/> 3. VIR.             | <input type="checkbox"/> 4. Helicóptero | <input type="checkbox"/> 5. Mola |                      |       |                      |                 |
| 8. 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         |                                  |                      |       |                      |                 |
| 9. Médico regulador                                | DR. MIGUEL DANTAS   |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 10. Paciente                                       | DILMARA BRUNA WILSON  |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 11. Rádio operador                                 | WILSON  |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 12. Data de nascimento                             | 16/07/1993  | 13. Idade  | 26   | 14. Sexo                                | 1. Masculino                     | 2. Feminino          |       |                      |                 |
| 15. Logradouro                                     | BRAZ 408 Praia. 6001  |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 16. Bairro   | CUMBICA SIN   |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 17. Zona   | <input checked="" type="checkbox"/> 1. Urbana   | <input type="checkbox"/> 2. Rural                  | 22. Referência                               | DUDY                                    |                                  |                      |       |                      |                 |
| 18. Local de ocorrência                            | 24. Ocorrência relacionada ao trânsito  |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. Via Pública | <input type="checkbox"/> 2. Domicílio   | <input type="checkbox"/> 1. Sim                    | <input type="checkbox"/> 2. Não              | 25. Tipo de atendimento                 |                                  |                      |       |                      |                 |
| 26. Tipo de vítima                                 | <input type="checkbox"/> 1. Pedestre <input type="checkbox"/> 2. Condutor <input type="checkbox"/> 3. Passageiro<br><input type="checkbox"/> 4. Pessoa condizente 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<br><input checked="" type="checkbox"/> 4. Bicicleta <input type="checkbox"/> 5. Outro   |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 28. Natureza do acidente                           | <input checked="" type="checkbox"/> 1. Colisão/Acolhamento<br><input type="checkbox"/> 2. Tombamento ou Capotamento<br><input type="checkbox"/> 3. Choque com objeto fixo<br><input type="checkbox"/> 4. Atropelamento <input type="checkbox"/> 5. Queda em/de veículo<br><input type="checkbox"/> 6. Outro |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 29. Mecanismo do trauma                            | <input type="checkbox"/> 1. Capiroteamento <input type="checkbox"/> 2. Explosão <input type="checkbox"/> 3. Impacto frontal<br><input type="checkbox"/> 4. Impacto lateral <input type="checkbox"/> 5. Impacto traseiro   |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 30. Uso de cinto de segurança pela vítima          | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 30. Não se aplica  |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 31. Uso de cinto pelo socorrista                   | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 31. Não se aplica  |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 32. Uso de bebida alcoólica pela vítima            | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 32. Não se aplica  |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 33. Intoxicação Exógena                            | <input type="checkbox"/> 1. Álcool <input type="checkbox"/> 2. Drogas ilícitas<br><input type="checkbox"/> 3. Medicamentos <input type="checkbox"/> 4. Animais peçonhentos  |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 34. Queda  | <input type="checkbox"/> 1. Própria altura <input type="checkbox"/> 2. Outra altura/Proximamente  |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 35. Agressão                                       | <input type="checkbox"/> 1. Arma de fogo <input type="checkbox"/> 2. Arma branca <input type="checkbox"/> 3. Agressão-falso<br><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. Térmica (exceção fogo)<br><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 <input type="checkbox"/> 37. Outros acidentes   |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 38. Vias aéreas                                    | <input type="checkbox"/> 1. Respiração <input type="checkbox"/> 2. Circulação/pulso<br><input checked="" type="checkbox"/> 3. Obstruída <input type="checkbox"/> 4. Apneia  |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 39. Respiração                                     | <input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Tropicneum <input type="checkbox"/> 3. Bradipneia<br><input type="checkbox"/> 4. Apneia <input type="checkbox"/> 5. Tônus com sínfínterias ou luxações   |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 40. Circulação/pulso                               | <input type="checkbox"/> 1. Ausente <input checked="" type="checkbox"/> 2. Presente<br><input type="checkbox"/> 3. Cholo <input type="checkbox"/> 4. Fino   |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 41. Perfusão periférica                            | <input type="checkbox"/> 1. > 2 mm <input type="checkbox"/> 2. 1-2 mm <input type="checkbox"/> 3. < 1 mm  |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 42. Neurologia                                     | <input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Sonolência <input type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Come <input type="checkbox"/> 5. Convulsões  |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 43. Escala de CINCINNATI                           | <input type="checkbox"/> 1. Déficit motor <input type="checkbox"/> 2. Devições oculares <input type="checkbox"/> 3. Dificuldade de fala   |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 44. Ocular   | <input type="checkbox"/> 1. Pupilas <input type="checkbox"/> 2. Midriose <input checked="" type="checkbox"/> 3. Mydriose <input type="checkbox"/> 4. Não responde   |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 45. Coloração da pele                              | <input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Cyanose <input type="checkbox"/> 4. Hiperemia<br><input type="checkbox"/> 5. Ictérico   |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 46. Pupilas  | <input type="checkbox"/> 1. Miosis <input type="checkbox"/> 2. Midriose <input checked="" type="checkbox"/> 3. Mydriose <input type="checkbox"/> 4. Não responde  |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 47. Alergia  | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não   |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 48. Uso medicamentoso                              | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não  |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 49. Alguma patologia                               | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não  |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 50. 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)   |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 51. 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)  |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 52. Resposta Motoria                               | <input checked="" type="checkbox"/> 1. Obediente a comandos (9) <input type="checkbox"/> 2. Localização (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. Sinal vital - SVV                              | <input type="checkbox"/> 1. Ausente <input type="checkbox"/> 2. Presente  |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| TOTAL  | SCORE: 15   |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| 54. Principais lesões                              | Crânio  | Face   | Pescoco                                      | Dorsal                                  | Tórax                            | Abdômen              | Pelve | Membro Superior      | Membro Inferior |
| Amputação  |   |  |  |   |                                  |                      |       | Elevado              |                 |
| Contusão   |   |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| Escoriação   |   | X  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| Emmagalhamento                                     |   |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| Perfurante   |   |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| Contuso  |   |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| Fratura fechada                                    |   |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| Fratura aberta                                     |   |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |
| Luxação  |   |  |  |   |                                  |                      |       |                      |                 |

KOTE SEGUNDO  
Erica Araújo  
GILBERTO

KOTE SEGUROS  
Erica Afaujo  
GTO/19