



Número: **0018397-75.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADENILDO DE ARAUJO NUNES (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64926540	20/07/2020 13:25	ANEXO 1	Outros (Documento)

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:

110.661.414-36

4 - Nome completo da vítima:

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:

110.661.414-36

7 - Profissão:

semu iuy

8 - Endereço:

R. + tres

9 - Número:

66

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Bairro Loo

12 - Cidade:

Capitua

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55810.000

15 - E-mail:

maulo.assemeria@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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA

(Severidade 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:

42830

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 (vários)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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:

Carapuce, 16/09/2019

Adenildo de Araujo Mendes

Assinatura da vítima/beneficiário (Declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC. POR VIA ÚNICA





Boletim de Ocorrência

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



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: **MUNICÍPIO 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). 11066141436 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º.
GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES
Endereço Residencial: MUNICÍPIO 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: **PFL5659** (PERNAMBUCO/NÃO 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 CARPINA 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

x *Adeildo de Araújo Nunes*

ADEILDO DE ARAÚJO NUNES
(VITIMA)

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



Carpina

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/09/19



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:

110.661.414-36

4 - Nome completo da vítima:

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:

110.661.414-36

7 - Profissão:

semu iuy

8 - Endereço:

R. + tres

9 - Número:

66

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Bairro Loo

12 - Cidade:

Capitua

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55810.000

15 - E-mail:

maulo.assemeria@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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA

(Severidade 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:

42830

3

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 (vários)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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:

Carapuce, 16/09/2019

Adenildo de Araujo Mendes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (Declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC. POR VIA ÚNICA







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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

Pag. 01685/01686 - carta_07 - INVALIDEZ

00040843



Carta nº 14966269





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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

Carta nº 14953507



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 SDSIPE,

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>marceloarensonia@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



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: 126.969.074-58 NIS: 20035360261	DATA DE VENCIMENTO 13/09/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 05/09/2019	CONTA CONTRATO 007030426058
	TOTAL A PAGAR (R\$) 30,20	DATA DA APRESENTAÇÃO 05/09/2019	Nº DO CLIENTE 2016664424
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA TRES 66 BAIRRO NOVO CARPINA 55810-000 CARPINA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		Nº DA INSTALAÇÃO 0005022780
RESERVADO AO FISCO C6D8.6772.0F14.8890.E845.F2CB.470D.0AE1			

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

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

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,19328450	SET 19	83
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420590	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	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh		
0000000091320665	CAT	06/08/2019 3.150,00	05/09/2019 5.233,90	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	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
jul/2019					
DIC-Núcle horas sem Energia	CARPINA	0,00	5,31	10,62	21,25
FIC-Ato de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,03	0,00	0,00
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 operação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO	
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.		TENSÃO NOMINAL(V)	
		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
		MINIMO	MAXIMO
		220	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	



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

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
20/09/2019

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

Bairro: JD NEOPOLIS

CEP:

Documento:

CNS:

Nac: BRASIL

Mãe: SINALVA FRANCISCA DE SOUZA

Sisprenatal:

Tel.:

Profissão: SERVIÇOS GERAIS

Pai: ALUISIO DE ARAUJO NUNES

Responsável:

Últimas Ocorrências

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

HT: 334 mg/dl. 5758045

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

Paciente de 26 anos, vítima de colisão com MOTOR BICICLETA há 20 min. Paciente na orelhista, evoluiu com dor em MSE + edema após 2 dias. Pesa demais, tontura, sonolência, desorientação. (F) Eos. corado, indurados, impuro, afetuado, consciente. MC: Glasgow 15, pupilas reativas.

Tratamento

- No MSE
- Imobilização
- Dexametasona - IF A + 100mg 50,0
- Dexametasona - IF A + 100mg 50,0
- No HT
- 5758045
- Francher + laboratorial

Exames complementares

Fev / AR / Hb / 3 alt.

Impressão diagnóstica

CID

MSE: ci deformidade + edema em membro.

Motivo da saída:Residência ☐ Internado ☐**Justificativa:****Recomendado:****Removido:****Bitto:**

____ h ____ m do dia ____

Data saída:**Hora saída:**

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

Recepcionista: ELIZAB. AUGUSTO

☐ CURATIVO	ADM MEDICAMENTO: ☐ BÁSICO ☐ ESP	TÉCNICO / COREN
☐ NEBULIZAÇÃO	☐ RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico:		MÉDICO / CRM
☐ urgência básica	☐ urgência especializada	
☐ observação básica	☐ observação especializada	
HORÁRIO:		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
Sandra



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1691096

Nome: Helido de Araújo Nunes

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

Diagnóstico Provável:

fratura de escápula (E)
laceração em antebra, cotovelo
e joelho (E)

Tratamento Realizado:

Analgesia
Tipico MJ

Observação:

Curativo + Imobilização MJ (+. para) +
Abandono das atividades laborais por
2 dias + Alta hospitalar de ortopedia

Cópia de: Relatório ambulatorial com 15 dias

Méico: CIRMINO

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

FICHA DE ATENDIMENTO

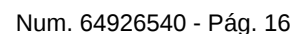
Nº da Ocorrência

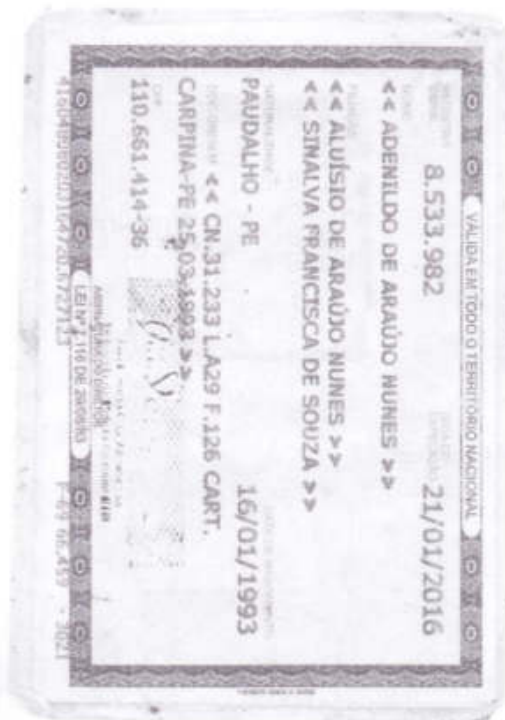
10015672906

1. Hora do chamado	12:30	2. Chegada ao local	12:34	3. Saída do local	13:55	4. Hora de conclusão	18:00	5. Saída do hospital	18:00
6. Motivo/Solicitação	CAPIXA MOTO BIZONTE								
8. Tipo de recurso:	☐ 1. USA ☒ 2. USB ☐ 3. VIR ☐ 4. Helicóptero ☐ 5. Moto							7. Data	27/08/19
9. Origem do atendimento	☐ 1. Domicílio ☒ 2. Via Pública ☐ 3. Unidade de Saúde ☐ 4. SAD								
10. Médico regulador	DR. THIAGO								
11. Rádio operador	ALBERTO								
12. Paciente	DIPLOMADO								
13. Solidários	VITIMAS								
14. Data de nascimento	16/01/93	15. Idade	26	16. Sexo	☒ 1. Masculino ☐ 2. Feminino				
17. Logradouro	RUA 408 - PISTA LACI								
18. Bairro	NOVA								
19. Zona	☒ 1. Urbana ☐ 2. Rural							20. Município	Campina
21. Referência	DUBV								
22. Local de ocorrência	☒ 1. Via Pública ☐ 2. Domicílio								
23. Ocorrência relacionada ao trabalho	☒ 1. Sim ☐ 2. Não								
24. Tipo de atendimento	☐ 1. Clínico ☒ 2. Causa externa ☐ 3. Queimadura ☐ 4. Pediatría ☐ 5. Psiquiatria ☐ 6. Remoção/Genha: ☐ 7. Unid. Solidária:								
25. Tipo de vítima	☐ 1. Perfeita ☐ 2. Condutor ☐ 3. Passageiro ☐ 4. Pessoa condutora em local inadequado								
26. Meio de locomoção da vítima	☒ 1. Automóvel ☐ 2. Moto ☐ 3. A pé ☐ 4. Bicicleta ☐ 5. Outro								
27. Mecanismo do trauma	☐ 1. Capotamento ☐ 2. Esguicho ☐ 3. Impacto frontal ☐ 4. Impacto lateral ☐ 5. Impacto traseiro								
28. Natureza do acidente	☒ 1. Colisão/Abaloamento ☐ 2. Tombamento ou Capotamento ☐ 3. Choque com objeto fixo ☐ 4. Atropelamento ☐ 5. Queda em/por veículo ☐ 6. Queda ☐ 7. Ignorado								
29. Uso de cinto pela vítima	☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 3. Não se aplica								
30. Uso de álcool pela vítima	☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 3. Não se aplica								
31. Uso de bebida alcoólica pela vítima	☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 3. Não se aplica								
32. Intoxicação Exógena	☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas ilícitas ☐ 3. Medicamentos ☐ 4. Animais peçonhentos ☐ 5. Outros								
33. Queda	☐ 1. Própria altura ☐ 2. Outra altura/Aproximadamente: ☐ 3. Queda								
34. Agressão	☐ 1. Arma de fogo ☐ 2. Arma branca ☐ 3. Agressão física ☐ 4. Abuso sexual ☐ 5. Outros								
35. Queimadura	☐ 1. Fogo ☐ 2. Fumaça ☐ 3. Térmica (exceto fogo) ☐ 4. Substância química ☐ 5. Choque elétrico								
36. Tentativa de suicídio	☐ 1. Sim ☒ 2. Não ☐ 3. Não se aplica								
37. Outros acidentes	☐ 1. Alagamento ☐ 2. Solamento ☐ 3. Não sei ☐ 4. Outros								
38. Vias aéreas	☒ 1. Livre ☐ 2. Obstruída ☐ 3. Respiração ☐ 4. Normal ☐ 5. Traqueíte ☐ 6. Bradipneia ☐ 7. Taquipneia ☐ 8. Tórax com deformidades ou lesões								
39. Neurologia	☒ 1. Normal ☐ 2. Sonolência ☐ 3. Agitação ☐ 4. Coma ☐ 5. Convulsões								
40. Coloração da pele	☒ 1. Normal ☐ 2. Pálido ☐ 3. Cianose ☐ 4. Hiperemia ☐ 5. Ictérico								
41. Pupilas	☒ 1. Míopes ☐ 2. Miópias ☒ 3. Anisocóricas ☐ 4. Não reagente								
42. Alergia	☐ 1. Sim ☒ 2. Não								
43. Uso medicamento	☐ 1. Sim ☒ 2. Não								
44. Alguma prioridade	☐ 1. Sim ☒ 2. Não								
45. Abertura ocular (AO)	☒ 1. Espontânea (4) ☐ 2. À voz (3) ☐ 3. À dor (2) ☐ 4. Nenhuma (1)								
46. Resposta verbal	☒ 1. Orientada (5) ☐ 2. Confusa (4) ☐ 3. Palavras inapropriadas (3) ☐ 4. Palavras incompletas (2) ☐ 5. Nenhuma (1)								
47. Resposta Motora	☒ 1. Obedece a comandos (5) ☐ 2. Localiza dor (4) ☐ 3. Movimento de retirada (3) ☐ 4. Flexão anormal (2) ☐ 5. Extensão anormal (1) ☐ 6. Nenhuma (1)								
48. Sinal vital - SSVV	HORA: 16h00 PA: 92 FC: 92 FR: 26 TEMP: 36 HGT: 119 SpO2 %: 98%								
49. Principais lesões	Crânio Face Pesc. go Dorso Tórax Abdômen Pelve Membro Superior Membro Inferior								
Amputação									
Contusão									
Escoriação									
Ematoma									
Perfuração									
Contusão									
Fratura fechada									
Fratura aberta									
Úlcera									

KOTE SEGUR
ERICA ARAUJO
GILBERTO

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
02/10/19





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.

Tudo 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" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

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. Converse e discussão no trabalho predis põem 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.

Para 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 00107

Assinatura do portador: *Adenildo de Araujo Nunes*
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Adenildo de Araujo Nunes*
Loc. Nasc. *Aracaju - SE*
Filiação *Aracaju - SE*
Data *16.09.93*
Doc. Nº *8.523.916*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em *16.09.93* Doc. Ident. Nº *SRTE*
Exp. em *16.09.93* Estado *Aracaju - SE*
Obs. *Quilômetro 16,093, SRTE*
Data Emissão *16.09.93*
Assinatura do portador *Adenildo de Araujo Nunes*
Assinatura do empregador *Adenildo de Araujo Nunes*
Assinatura do representante *Adenildo de Araujo Nunes*

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



SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

192

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº da Ocorrência

Nº de Ocorrência
0015672906

1. Hora do chamado: 2:30		2. Chegada ao local: 2:35		3. Saída do local: 4:55		4. Hora de conclusão: 8:00		5. Saída do hospital: 18:00	
6. Motivo/Solicitação: CUPA MAX BICICLO		7. Data: 27/08/19							
8. Tipo de recurso: ☐ 1. USA ☒ 2. USB ☐ 3. VIR ☐ 4. Helicóptero ☐ 5. Moto		9. Origem do acionamento: ☐ 1. Domicílio ☒ 2. Via Pública ☐ 3. Unidade de Saúde ☐ 4. SADO		10. Médico regulador: DR. J. MAGALHÃES		11. Rádio operador: DR. J. MAGALHÃES		12. Paciente: DR. J. MAGALHÃES	
13. Data de nascimento: 16/01/93		14. Idade: 26		15. Sexo: ☒ 1. Masculino ☐ 2. Feminino		16. Logradouro: BR-408		17. Bairro: Pista Leste	
18. Zona: ☒ 1. Urbana ☐ 2. Rural		19. Referência: DUBV		20. Município: Curitiba		21. N°: 511			
22. Local de ocorrência: ☒ 1. Via Pública ☐ 2. Domicílio		23. Ocorrência relacionada ao trabalho: ☒ 1. Sim ☐ 2. Não		24. Tipo de atendimento: ☐ 1. Clínico ☐ 2. Causa externa ☐ 3. Obstétrico ☐ 4. Pediátrico ☐ 5. Psiquiátrico ☒ 6. Remoção/Genher		25. Unid. Solicitante:			
26. Tipo de vítima: ☐ 1. Pedestre ☐ 2. Condutor ☐ 3. Passageiro ☐ 4. Pessoa conduzida em local inadequado		27. Meio de locomoção da vítima: ☐ 1. Automóvel ☒ 2. Moto ☐ 3. A pé ☐ 4. Bicicleta ☐ 5. Outro		28. Mecanismo do trauma: ☐ 1. Capotamento ☐ 2. Ejeção ☐ 3. Impacto frontal ☐ 4. Impacto lateral ☐ 5. Impacto traseiro		29. Natureza do acidente: ☒ 1. Colisão/Abalroamento ☐ 2. Tombamento ou Capotamento ☐ 3. Choque com objeto fixo ☐ 4. Atropelamento ☐ 5. Queda em/por veículo ☐ 6. Queda ☐ 7. Ignorado			
30. Uso do cinto pela vítima: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 3. Não se aplica		31. Uso do cinto pela vítima: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 3. Não se aplica		32. Uso de bebida alcoólica pela vítima: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 3. Não se aplica		33. Intoxicação Exógena: ☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas ilícitas ☐ 3. Medicamentos ☐ 4. Animais peçonhentos ☐ 5. Outros		34. Queda: ☐ 1. Própria altura ☐ 2. Outra altura/Aproximadamente: m	
35. Agressão: ☐ 1. Arma de fogo ☐ 2. Arma branca ☐ 3. Agressão física ☐ 4. Abuso sexual ☐ 5. Outros		36. Queimadura: ☐ 1. Fogo ☐ 2. Fumaça ☐ 3. Têrmica (exceto fogo) ☐ 4. Substância química ☐ 5. Choque elétrico		37. Tentativa de suicídio: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não ☐ 3. Outros acidentes ☐ 1. Afogamento ☐ 2. Eletrocussão ☐ 3. Não sei ☐ 4. Outros		38. Vias aéreas: ☒ 1. Livre ☐ 2. Obstruída		39. Respiração: ☒ 1. Normal ☐ 2. Traqueal ☐ 3. Bifurcal ☐ 4. Apneia ☐ 5. Tórax com deformidades ou lesões	
40. Neurologia: ☒ 1. Normal ☐ 2. Sonolência ☐ 3. Agitação ☐ 4. Coma ☐ 5. Convulsão		41. Circulação/pulso: ☒ 1. Ausente ☒ 2. Presente ☐ 3. Chelo ☐ 4. Fino		42. Perfusão periférica: ☒ 1. > 2.7 segundos ☐ 2. > 5 segundos		43. Escala de GCS: ☒ 1. Déficit motor ☐ 2. Déficit da consciência ☐ 3. Déficit da fala		44. Pupilas: ☒ 1. Mioses ☐ 2. Midríases ☒ 3. Anisocóricas ☐ 4. Não reage	
45. Coloração da pele: ☒ 1. Normal ☐ 2. Palido ☐ 3. Cianose ☐ 4. Hiperemia ☐ 5. Ictérico		46. Alergia: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		47. Uso medicamento: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		48. Alguma patologia: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		49. Qual? SICA de Genitor	
50. Abertura ocular (AO): ☒ 1. Espontânea (4) ☐ 2. À voz (3) ☐ 3. À dor (2) ☐ 4. Nenhuma (1)		51. Resposta verbal: ☒ 1. Orientada (5) ☐ 2. Confusa (4) ☐ 3. Palavras inapropriadas (3) ☐ 4. Palavras incompletas (2) ☐ 5. Nenhuma (1)		52. Resposta motora: ☒ 1. Obedece a comandos (5) ☐ 2. Localiza dor (4) ☐ 3. Movimento de retirada (3) ☐ 4. Flexão anormal (2) ☐ 5. Extensão anormal (1) ☐ 6. Nenhuma (1)		53. Sinais vitais - GSVV		54. Principais lesões	
TOTAL		SCORE1		SCORE2		TETRA		Membro Superior	
15		15		15		PA 40x100		Membro Inferior	
						FC 92		Membro Superior	
						FR 26		Membro Inferior	
						TEMP 119		Membro Superior	
						HGT 119		Membro Inferior	
						SpO2 % 98% AA		Membro Superior	
54. Principais lesões		Crânio		Face		Pescoço		Dorso	
Amputação									
Contusão									
Escoriação									
Ematoma									
Perfuração									
Contusão									
Fratura fechada									
Fratura aberta									
Laceração									



55. Conduta ☐ 1. Imob. Coluna cervical ☐ 2. Utilização de prancha ☐ 3. Imob. Membros ☐ 4. KED ☐ 5. Oxigenoterapia			
56. Unidade de destino H.O.M.C		82. Outras descrições: Paciente vítima de colisão de veículo com F.G.R. Ponto de impacto: vias rápidas, Centro Técnico, próximo a uma rua. Ambiente: F.E. Leste Glasgow 15.	
57. Médico que recebeu Samira Rodryg		Não houve sintomas de lesão abdominal nem trauma em membros superiores ou inferiores com MSE (+) MIE (+) e L.C. (+) Coluna cervical e traqueia realizada por torção em posição de longa permanência por H.M.C. Atendimento por base. Limpeza (+) mais OX de MSE e MIE nos pontos de impacto. Trauma por colisão de veículo com F.G.R. mesmo bloco. H.R. 57-58-045 paciente ferido no hospital facional. Feridas: 2 cm por 1 cm na região da cabeça.	
58. Equipe Médico assistente: Enfermeiro: Técnico de enfermagem: Condutor/Piloto: Responsável pelo preenchimento:		Samira Rodryg Samira Rodryg Samira Rodryg Samira Rodryg Samira Rodryg	
Solicitou apoio da UVI ☐ 1. Sim		Observações: Dr. Ivina Clínica de 200708 Cruzes e 200708	
Redirecionamento ☒ 1. Sim ☐ 2. Não Causa: Destino: Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.		Atendimento Transmitedor H.O.R. Dr. João Jorge Lira Clínica de 200708 Cruzes e 200708	
59. Cancelamento da ocorrência ☐ 1. Pelo médico regulador ☐ 2. Pelo solicitante ☐ 3. Por morte ☐ 4. Por cenário de risco para a equipe			
60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica.			
Testemunha: Assinatura: RG: Data:		Assinatura: RG: Data:	
61. Múltiplas vítimas: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Nº de vítimas: Cenário:		Assinatura: RG: Data:	

KOTE SEGUROS
 Erica Araujo
 07/10/19

