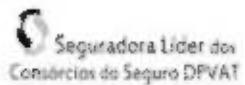








RECEBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067274/20

Vítima: BENICIO CORREIA DA SILVA

CPF: 023.020.364-76

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BENICIO CORREIA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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

BENICIO CORREIA DA SILVA : 023.020.364-76

- 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: 19/02/2020
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200083441 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BENICIO CORREIA DA SILVA **Data do acidente:** 16/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO DIREITO.
 AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE DISTAL DO QUINTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO.
 TRAUMATISMO ABDOMINAL FECHADO.

Descrição do exame físico: BLOQUEIO ARTICULAR SEVERO DO PUNHO DIREITO ASSOCIADO A DÉFICIT DA FORÇA MUSCULAR.
 AUSÊNCIA ANATÔMICA DA FALANGE DISTAL DO QUINTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO.
 SEM ALTERAÇÕES ABDOMINAIS AO EXAME FÍSICO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DISTAL DO RADIO DIREITO (FIXAÇÃO METÁLICA), SUTURA DO COTO DA FALANGE DISTAL DO QUINTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO E TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O TRAUMATISMO ABDOMINAL FECHADO.
 REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTESA DO PUNHO DIREITO.
 LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTESA DO QUINTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO POR AUSÊNCIA ANATÔMICA DA FALANGE DISTAL.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/03/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			26,25 %	R\$ 3.543,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Bruno Correia da Silva, Brasileiro (a),
portador(a) do RG nº 51.11.666, SSP/PE inscrito(a) no CPF sob
nº 02310201364-76 Residente na Rua
Rua 0m 38, N° 63, Bairro Primavera, Município
de Paudalho -PE,

OUTORGADO: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA, Brasileiro, Portador do RG: 4.250.694, SSP/PE, Inscrito no CPF sob o nº 919.419.384-34, Residente na rua Lo. Primavera, Primavera, Paudalho-PE

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Mandato o(a) OUTORGANTE acima qualificado(a), nomeia e constitui seu Bastante procurador o OUTORGADO, para Representa-la Perante as SEGURADORAS que Constitui o CONSORCIO DO SEGURO DPVAT, na cobertura: DAMS/INV, Vítima de acidente de trânsito no dia 16/11/2019. Podendo para este fins /prestar declarações, apresentar documentos Particulares, preencher Formulários constando dados Particulares do OUTORGANTE, Solicitar perícias ,pegar cópia de BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em quaisquer Delegacias deste Estado de Pernambuco, Solicitar e pegar BOLETIM DE OCORRÊNCIA da POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO, Solicitar e pegar cópia de prontuário médico, também solicitar e pegar ficha de esclarecimento ou boletim de emergência em quaisquer Hospital Particular, Municipal, Estadual, Federal, Solicitar e pegar BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em quaisquer posto da POLÍCIA RODOVIARIA FEDERAL, Solicitar e pegar declaração junto ao SAMU e ao CORPO DE BOMBEIROS, em fim tudo o mas necessário para o bom e fiel desempenho do presente mandato.

Paudalho . 15 / 10 / 2020

Hecônego
Carlinhos Machado Campos

Bruno Correia da Silva

OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067274/20

Número do Sinistro: 3200083441

Vítima: BENICIO CORREIA DA SILVA

CPF: 023.020.364-76

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/11/2019

BENICIO CORREIA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 28/02/2020
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

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, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200083441

Vítima: BENICIO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 16/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), BENICIO CORREIA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está faltando páginas.
------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200083441

Vítima: BENICIO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 16/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BENICIO CORREIA DA SILVA

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



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, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200083441

Vítima: BENICIO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 16/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), BENICIO CORREIA DA SILVA

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 20 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200083441 **Vítima: BENICIO CORREIA DA SILVA**

Data do Acidente: 16/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BENICIO CORREIA DA SILVA

Informamos que o pagamento da im

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 3.543,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7.50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: BENICIO CORREIA DA SILVA

Valor: R\$ 3.543,75

Banco: 104

Agência: 000004739

Conta: 0000014045-8

Tipo: **CONTA POUPANCA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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.

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

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:

023.020.364-76

4 - Nome completo da vítima:

Bencio Correia da Silva

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

5 - Nome completo:

Bencio Correia da Silva

6 - CPF:

023.020.364-76

7 - Profissão:

NAO POSSUI

8 - Endereço:

AVN 0N26

9 - Número:

63

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

PRIMAVERA

12 - Cidade:

VALSALHO

13 - Estado:

SC

14 - CEP:

55825-000

15 - E-mail:

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\$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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4739

CONTA: 00014045 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

 Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (menor)? Sim Não31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

Florianópolis 27/12/2019

Bencio Correia da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200083441
Nome do(a) Examinado(a): Benicio Correia da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Onze, 63
Primavera Paudalho PE CEP: 55825-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 5171666
Data local do acidente: [16/11/2019]
Data local do exame: [10/03/2020] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO, AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE FALANGE DISTAL DE 5 QDE, TRAUMA ABDOMINAL FECHADO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: OSTEOSINTESE DO PUNHO DIREITO, SUTURA DO COTO AMPUTADO NA MÃO ESQUERDA, SUPORTE CLÍNICO PARA O TRAUMA ABDOMINAL. FEZ FISIOTERAPIA.

Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DE PUNHO

Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

VITIMA COM EXAME ABDOMINAL INOCENTE, SEM SINAIS DE DISFUNÇÃO ORGÂNICA. TEM PERDA ANATOMICA DE FALANGE DISTAL DE 5 DEDO DA MÃO ESQUERDA. PUNHO DIREITO COM BLOQUEIO ARTICULAR, REALIZA FLEXÃO A 40 GRAUS, EXTENSÃO A 30 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAVE, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **() Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO GRAVE DE PUNHO DIREITO, COM BLOQUEIO ARTICULAR, PERDA ANATOMICA GRAVE DE 5 DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Direito

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **(X) 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

5º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **(X) 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves

CPF - 045.955.274-03

CRM/PE - 17742



de 2

14/12/2019 11:08



47ª Circunscrição

Paudalho

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 047ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO -
DP47ªCIRC DINTER1/11ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 19 E0137002536

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/12/2019 às 11:06

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 16/11/2019 às 06:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PAUDALHO, 1, BR 408, - Bairro: CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **BAR DA TRIPA**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO EXISTE (AUTOR \ AGENTE)
JOELMA VIEIRA DE MELO DA SILVA (OUTRO)
BENICIO CORREIA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): BENICIO CORREIA DA SILVA

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

BENICIO CORREIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: MARIA JOSE ELIAS DA SILVA Pat: AMARO CORREIA DA SILVA Data de Nascimento: 8/9/1973 Naturalidade: PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5171688/SSP/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares: - 998487882

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PAUDALHO, 63, RUA 11, PRIMAVERA - CEP: 56666-000 - Bairro: CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRAS DE MARPEÇAS E IGREJA DO IRMÃO SERAFIM**

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

JOELMA VIEIRA DE MELO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOELMA VIEIRA DE MELO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): BENICIO CORREIA DA SILVA

14135013 13:00

ofício de Ocorrência

Cabeçalho da ocorrência: DE OFICIO DE SILENTIO / MANDADO DE SILENCIO
CORRIDA DA SILVA - Ofício de Ocorrência: 14135013

Prisão: PRESO(A) (PERMANENCIA QUADRADA) Reservado 29932886 Cidade:
SOMBRAS DO RIO GRANDE Estado: RS

Ato F: Apreensão/Material: Traficante Comprador: GASOLINA

Complemento 1 Operação

COMUNICAÇÃO A SEU ATUAL CORREIO DE SILENCIO CORRIDA DA SILVA RELATANDO:
QUE NO DIA 14/11/2013 ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITAS
PELA RR 999 2000 FAUDALHO-GARIBI, QUE DA 00 00 00 APENAS 00 KM DA
TRAJETÓRIA SOLIDÃO COM UM CAVALO QUE CAVALO QUE PERTENCE A LOIS SOCCONIDO FERRO SUMA PARÁ
UMIDADE MISTURA DE GARRAFA CONTROLE OT-7888, QUE ME SEGUNDO LOI
TRANSTERRÍDIO PARA O HOSPITAL DE SAÚDE DE SAUARABAES.
PARA O HOSPITAL MEMORIAL DE SAUARABAES.

Assinatura da(s) pessoa(s) liberando o documento policial

BENÍCIO CORRIDA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. redigido por: RALFEL LIMA FLORÊNCIO - Matrícula: 32887-8

de 2



14/12/2019 11:08

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 047ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO -
DP47ºCIRC DINTER1/11ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19 E0137002536

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/12/2019 às 11:06

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 16/11/2019 às 06:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PAUDALHO, 1, BR 402, - Bairro: CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **BAR DA TRIPA**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO EXISTE (AUTOR / AGENTE)
JOELMA VIEIRA DE MELO DA SILVA (OUTRO)
BENICIO CORREIA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
BENICIO CORREIA DA SILVA

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

BENICIO CORREIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE ELIAS DA SILVA** Pai: **AMARO CORREIA DA SILVA** Data de Nascimento: **5/6/1975**
Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5171000-888/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 885467882**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PAUDALHO, 63, RUA 11, PRIMAVERA - CEP: 56600-000 - Bairro: CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRAS DE MARPEÇAS E IGREJA DO IRMAO SERAFIM**

NAO EXISTE (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOELMA VIEIRA DE MELO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOELMA VIEIRA DE MELO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **BENICIO CORREIA DA SILVA**

Boletim de Ocorrências

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 100 START** Objeto apreendido: **Não Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Placa: PED6477 (PERNAMBUCO/PAUDALHO) Renavam: 109278898 Chassi:
8C2KC2500GR018422**
Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015 Combustível: GÁSOLINA

Complemento / Observação

COMPARCEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE BENICIO CORREIA DA SILVA RELATANDO: QUE NO DIA 16/11/2018 ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCrita PELA BR 488 SENTIDO PAUDALHO-CARPINA, QUE AO SE APROXIMAR DO BAR DA TRIPA COLIDIU COM UM CAVALO QUE ESTAVA NO MEIO DA FAIXA DE ROLAMENTO DA RODOVIA, QUE CAIU NA VIA PUBLICA E FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA UNIDADE MISTA DE CARPINA CONFORME QTC-788983, QUE EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE, POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL MEMORIAL EM JARDIMÃO DOS GUARABAPES.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) nessa unidade policial

**BENICIO CORREIA DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **RAFael LIMA FLORENCIO** - Matrícula: 272882-1



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:

023.020.364-76

4 - Nome completo da vítima:

Bencio Correia da Silva

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

5 - Nome completo:

Bencio Correia da Silva

6 - CPF:

023.020.364-76

7 - Profissão:

NAO POSSUI

8 - Endereço:

AVN 0N26

9 - Número:

63

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

PRIMAVERA

12 - Cidade:

VALSALHO

13 - Estado:

SC

14 - CEP:

55825-000

15 - E-mail:

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\$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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4739

CONTA: 00014045

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

 Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (menor)? Sim Não31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

Florianópolis 27/12/2019

Bencio Correia da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

FICHA DE ATENDIMENTO

Reservado ao PI HR sem senha

ATC - 708909

1. Hora do chamado	06:40	2. Chegada ao local	06:45	3. Saída do local	06:49	4. Hora de conclusão	11:55	5. Saída do hospital	11:58	
6. Motivo/Solicitação	Colisão moto x cavalo								7. Data	16/11/19
8. Tipo de recurso:	<input checked="" type="checkbox"/> 1. USA <input type="checkbox"/> 2. USB				<input type="checkbox"/> 3. VLR <input type="checkbox"/> 4. Helicóptero				<input type="checkbox"/> 5. Moto <input type="checkbox"/> 6. SAD	
9. Origem do acionamento	<input type="checkbox"/> 1. Doméstico <input checked="" type="checkbox"/> 2. Via Pública				<input type="checkbox"/> 3. Unidade de Saúde				<input type="checkbox"/> 4. SAD	
10. Médico regulador	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Júnior				<input type="checkbox"/> 11. Rádio operador				<input type="checkbox"/> Juan Fernando	
12. Paciente	Bento Correia da Silva				13. Solicitante				14. Sexo	
14. Data de nascimento	05/03/78	15. Idade	41	16. Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino					
17. Logradouro	BR 408								18. N°	
19. Bairro	Centro Carpina								20. Município	Paudalho
21. Zona	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Urbana <input type="checkbox"/> 2. Rural	22. Referência				Puxo ao Bar da Tripa				
23. Local de ocorrência	24. Ocorrência relacionada ao trabalho				25. Tipo de atendimento					
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Via Pública <input type="checkbox"/> 2. Doméstico	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não				<input type="checkbox"/> 1. Clínico <input checked="" type="checkbox"/> 2. Causa externa <input type="checkbox"/> 3. Obstétrico <input type="checkbox"/> 4. Pediátrico				Unid. Solicitante:	
26. Tipo de vítima	27. Meio de locomoção da vítima				28. Mecanismo do trauma					
<input type="checkbox"/> 1. Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> 2. Condutor <input type="checkbox"/> 3. Passageiro <input type="checkbox"/> 4. Pessoa conduzida em local inadequado	<input type="checkbox"/> 1. Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 2. Moto <input type="checkbox"/> 3. Aéreo <input type="checkbox"/> 4. Ciclista <input type="checkbox"/> 5. Outro				<input type="checkbox"/> 1. Capotamento <input type="checkbox"/> 2. Explosão <input checked="" type="checkbox"/> 3. Impacto frontal <input type="checkbox"/> 4. Impacto lateral <input type="checkbox"/> 5. Impacto traseiro					
29. Natureza do acidente	30. Uso de capacete pela vítima				31. Uso de cinto pela vítima				32. Uso de bebida alcoólica pela vítima	
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Colisão/Abalroamento <input type="checkbox"/> 2. Atropelamento <input type="checkbox"/> 3. Queda de veículo	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 33. Não se aplica				<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 34. Queda				<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 35. Não se aplica	
31. Uso de capacete pela vítima	32. Uso de bebida alcoólica pela vítima				33. Intoxicação Exógena				36. Agressão	
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 36. Não se aplica	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 37. Tentativa de suicídio				<input type="checkbox"/> 1. Álcool <input type="checkbox"/> 2. Drogas ilícitas <input type="checkbox"/> 3. Medicamentos <input type="checkbox"/> 4. Anfetaminas psicodélicas <input type="checkbox"/> 5. Outros				<input type="checkbox"/> 1. Arma de fogo <input type="checkbox"/> 2. Arma branca <input type="checkbox"/> 3. Agressão física <input type="checkbox"/> 4. Abuso sexual <input type="checkbox"/> 5. Outros	
33. Intoxicação Exógena	34. Queda				35. Agressão				36. Quimioterapia	
<input type="checkbox"/> 1. Álcool <input type="checkbox"/> 2. Drogas ilícitas <input type="checkbox"/> 3. Medicamentos <input type="checkbox"/> 4. Anfetaminas psicodélicas <input type="checkbox"/> 5. Outros	<input type="checkbox"/> 1. Própria altura <input type="checkbox"/> 2. Outra altura/Aproximadamente: _____ m				<input type="checkbox"/> 1. Arma de fogo <input type="checkbox"/> 2. Arma branca <input type="checkbox"/> 3. Agressão física <input type="checkbox"/> 4. Abuso sexual <input type="checkbox"/> 5. Outros				<input type="checkbox"/> 1. Fogo <input type="checkbox"/> 2. Fumaça <input type="checkbox"/> 3. Térmica (exceto fogo) <input type="checkbox"/> 4. Choque elétrico	
36. Agressão	37. Tentativa de suicídio				38. Outros acidentes				39. Vias aéreas	
<input type="checkbox"/> 1. Arma de fogo <input type="checkbox"/> 2. Arma branca <input type="checkbox"/> 3. Agressão física <input type="checkbox"/> 4. Abuso sexual <input type="checkbox"/> 5. Outros	<input type="checkbox"/> 1. Afogamento <input type="checkbox"/> 2. Soterramento <input type="checkbox"/> 3. Não sei <input type="checkbox"/> 4. Outros				<input type="checkbox"/> 1. Livre <input checked="" type="checkbox"/> 2. Oco/obstruída <input type="checkbox"/> 3. Tumor com deformidades ou lesões				40. Respiratória	
37. Tentativa de suicídio	38. Outros acidentes				39. Vias aéreas				40. Respiratória	
<input type="checkbox"/> 1. Normal <input checked="" type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Clamoroso <input type="checkbox"/> 4. Hipotônico	<input type="checkbox"/> 1. Afogamento <input type="checkbox"/> 2. Soterramento <input type="checkbox"/> 3. Não sei <input type="checkbox"/> 4. Outros				<input type="checkbox"/> 1. Livre <input checked="" type="checkbox"/> 2. Oco/obstruída <input type="checkbox"/> 3. Tumor com deformidades ou lesões				<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Traqueomalacia <input checked="" type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Coma <input type="checkbox"/> 5. Convulsão	
38. Outros acidentes	40. Respiratória				39. Vias aéreas				41. Circulatório/pulmonar	
<input type="checkbox"/> 1. Normal <input checked="" type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Clamoroso <input type="checkbox"/> 4. Hipotônico	<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Traqueomalacia <input type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Coma <input type="checkbox"/> 5. Convulsão				<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Oco/obstruída <input type="checkbox"/> 3. Tumor com deformidades ou lesões				<input type="checkbox"/> 1. Absente <input type="checkbox"/> 2. Presente <input type="checkbox"/> 3. Chalo <input type="checkbox"/> 4. Fino	
40. Respiratória	41. Circulatório/pulmonar				39. Vias aéreas				42. Perfusion periférica	
<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Clamoroso <input type="checkbox"/> 4. Hipotônico	<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Traqueomalacia <input type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Coma <input type="checkbox"/> 5. Convulsão				<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Oco/obstruída <input type="checkbox"/> 3. Tumor com deformidades ou lesões				<input type="checkbox"/> 1. > 2 Segundos <input type="checkbox"/> 2. < 2 Segundos	
41. Circulatório/pulmonar	42. Perfusion periférica				39. Vias aéreas				43. Neuroológico	
<input type="checkbox"/> 1. Absente <input type="checkbox"/> 2. Presente <input type="checkbox"/> 3. Chalo <input type="checkbox"/> 4. Fino	<input type="checkbox"/> 1. > 2 Segundos <input type="checkbox"/> 2. < 2 Segundos				<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Sono profundo <input checked="" type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Coma <input type="checkbox"/> 5. Convulsão				43. Neuroológico	
42. Perfusion periférica	43. Neuroológico				39. Vias aéreas				44. Escala de CINCINNATI	
<input type="checkbox"/> 1. > 2 Segundos <input type="checkbox"/> 2. < 2 Segundos	<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Sono profundo <input checked="" type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Coma <input type="checkbox"/> 5. Convulsão				<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Clamoroso <input type="checkbox"/> 4. Hipotônico				<input type="checkbox"/> 1. Déficit motor <input type="checkbox"/> 2. Desvio da comissura labial <input type="checkbox"/> 3. Dificuldade de fala	
43. Neuroológico	44. Escala de CINCINNATI				39. Vias aéreas				45. Coloração da pele	
<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Sono profundo <input checked="" type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Coma <input type="checkbox"/> 5. Convulsão	<input type="checkbox"/> 1. Déficit motor <input type="checkbox"/> 2. Desvio da comissura labial <input type="checkbox"/> 3. Dificuldade de fala				<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Clamoroso <input type="checkbox"/> 4. Hipotônico				46. Pupilas	
44. Escala de CINCINNATI	45. Coloração da pele				39. Vias aéreas				46. Pupilas	
<input type="checkbox"/> 1. Déficit motor <input type="checkbox"/> 2. Desvio da comissura labial <input type="checkbox"/> 3. Dificuldade de fala	<input type="checkbox"/> 1. Déficit motor <input type="checkbox"/> 2. Desvio da comissura labial <input type="checkbox"/> 3. Dificuldade de fala				<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Clamoroso <input type="checkbox"/> 4. Hipotônico				<input type="checkbox"/> 1. Miosis <input type="checkbox"/> 2. Midriase <input type="checkbox"/> 3. Reagente <input type="checkbox"/> 4. Não reagente	
45. Coloração da pele	46. Pupilas				39. Vias aéreas				47. Alergia	
<input type="checkbox"/> 1. Normal <input checked="" type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Clamoroso <input type="checkbox"/> 4. Hipotônico	<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Clamoroso <input type="checkbox"/> 4. Hipotônico				<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Clamoroso <input type="checkbox"/> 4. Hipotônico				48. Uso medicamento	
46. Pupilas	47. Alergia				39. Vias aéreas				49. Alguma patologia	
<input type="checkbox"/> 1. Miosis <input type="checkbox"/> 2. Midriase <input type="checkbox"/> 3. Reagente <input type="checkbox"/> 4. Não reagente	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> Qual?				<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> Qual?				49. Alguma patologia	
47. Alergia	48. Uso medicamento				39. Vias aéreas				50. Sinal vital - SSVV	
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> Qual?	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> Qual?				<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Clamoroso <input type="checkbox"/> 4. Hipotônico				50. Sinal vital - SSVV	
48. Uso medicamento	49. Alguma patologia				39. Vias aéreas				51. Resposta Verbal	
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> Qual?	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> Qual?				<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Clamoroso <input type="checkbox"/> 4. Hipotônico				51. Resposta Verbal	
49. Alguma patologia	50. Sinal vital - SSVV				39. Vias aéreas				52. Resposta Motor	
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> Qual?	<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Clamoroso <input type="checkbox"/> 4. Hipotônico				<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Clamoroso <input type="checkbox"/> 4. Hipotônico				52. Resposta Motor	
50. Sinal vital - SSVV	51. Resposta Verbal				39. Vias aéreas				53. Sinal vital - SSVV	
<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Clamoroso <input type="checkbox"/> 4. Hipotônico	<input type="checkbox"/> 1. Orientada <input type="checkbox"/> 2. Confusa <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 4. Palavras incompletas <input type="checkbox"/> 5. Nenhuma <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Clamoroso <input type="checkbox"/> 4. Hipotônico				53. Sinal vital - SSVV	
51. Resposta Verbal	52. Resposta Motor				39. Vias aéreas				54. Principais lesões	
<input type="checkbox"/> 1. Orientada <input type="checkbox"/> 2. Confusa <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 4. Palavras incompletas <input type="checkbox"/> 5. Nenhuma <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Orientada <input type="checkbox"/> 2. Localiza dor <input type="checkbox"/> 3. Movimento de refração <input type="checkbox"/> 4. Flexão anormal <input type="checkbox"/> 5. Extensão anormal <input type="checkbox"/> 6. Nenhuma <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Clamoroso <input type="checkbox"/> 4. Hipotônico				54. Principais lesões	
52. Resposta Motor	53. Sinal vital - SSVV				39. Vias aéreas				55. Avaliação secundária	
<input type="checkbox"/> 1. Orientada <input type="checkbox"/> 2. Localiza dor <input type="checkbox"/> 3. Movimento de refração <input type="checkbox"/> 4. Flexão anormal <input type="checkbox"/> 5. Extensão anormal <input type="checkbox"/> 6. Nenhuma <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Absente <input type="checkbox"/> 2. Presente <input type="checkbox"/> 3. Chalo <input type="checkbox"/> 4. Fino <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Clamoroso <input type="checkbox"/> 4. Hipotônico				55. Avaliação secundária	
53. Sinal vital - SSVV	54. Principais lesões				39. Vias aéreas				56. Escala de GLASGOW	
<input type="checkbox"/> 1. Absente <input type="checkbox"/> 2. Presente <input type="checkbox"/> 3. Chalo <input type="checkbox"/> 4. Fino <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Escore: _____				<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>				56. Escala de GLASGOW	
54. Principais lesões	55. Avaliação secundária				39. Vias aéreas				57. Membro Superior	
<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Escore: _____				<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>				57. Membro Superior	
55. Avaliação secundária	56. Escala de GLASGOW				39. Vias aéreas				58. Membro Inferior	
<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Escore: _____				<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>				58. Membro Inferior	
56. Escala de GLASGOW	57. Membro Superior				39. Vias aéreas				59. Avaliação secundária	
<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Escore: _____				<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>				59. Avaliação secundária	
57. Membro Superior	58. Membro Inferior				39. Vias aéreas				60. Avaliação secundária	
<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Escore: _____				<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>				60. Avaliação secundária	
58. Membro Inferior	59. Avaliação secundária				39. Vias aéreas				61. Avaliação secundária	
<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Escore: _____				<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>				61. Avaliação secundária	
59. Avaliação secundária	60. Avaliação secundária				39. Vias aéreas				62. Avaliação secundária	
<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Escore: _____				<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>				62. Avaliação secundária	
60. Avaliação secundária	61. Avaliação secundária				39. Vias aéreas				63. Avaliação secundária	
<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Escore: _____				<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>				63. Avaliação secundária	
61. Avaliação secundária	62. Avaliação secundária				39. Vias aéreas				64. Avaliação secundária	
<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Escore: _____				<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>				64. Avaliação secundária	
62. Avaliação secundária	63. Avaliação secundária				39. Vias aéreas				65. Avaliação secundária	
<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Escore: _____				<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>				65. Avaliação secundária	
63. Avaliação secundária	64. Avaliação secundária				39. Vias aéreas				66. Avaliação secundária	
<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Escore: _____				<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>				66. Avaliação secundária	
64. Avaliação secundária	65. Avaliação secundária				39. Vias aéreas				67. Avaliação secundária	
<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Escore: _____				<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>				67. Avaliação secundária	
65. Avaliação secundária	66. Avaliação secundária				39. Vias aéreas				68. Avaliação secundária	
<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Escore: _____				<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>				68. Avaliação secundária	
66. Avaliação secundária	67. Avaliação secundária				39. Vias aéreas				69. Avaliação secundária	
<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Escore: _____				<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>				69. Avaliação secundária	
67. Avaliação secundária	68. Avaliação secundária				39. Vias aéreas				70. Avaliação secundária	
<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Escore: _____				<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>				70. Avaliação secundária	
68. Avaliação secundária	69. Avaliação secundária				39. Vias aéreas				71. Avaliação secundária	
<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Escore: _____				<input type="checkbox"/> 1. Crânio <input type="checkbox"/> 2. Face <input type="checkbox"/> 3. Pescoço <input type="checkbox"/> 4. Dorsos <input type="checkbox"/> 5. Tórax <input type="checkbox"/> 6. Abdômen <input type="checkbox"/> 7. Pelve <input type="checkbox"/>				71. Avaliação secundária	
69. Avaliação secundária	70. Avaliação secundária				39. Vias aéreas				72. Avaliação	

55. Conduz			
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Imob. Coluna cervical	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Utilização de pranchas		
<input checked="" type="checkbox"/> 3. Imob. Membros	<input type="checkbox"/> 4. KED		
<input checked="" type="checkbox"/> 5. Oxigenoterapia			
Realizado todo protocolo da triagem.			
56. Unidade de destino		HR	
57. Médico que recebeu		Jairville Cabral	
58. Equipe		Gremia Geral GRM - 21858	
Médico assistente:			
Enfermeiro:			
Técnico de enfermagem:			
Condutor/Piloto:			
Responsável pelo preenchimento:			
Solicite apoio da UTI		<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Não
Observações:			
Redirecionamento		<input checked="" type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
Causa:			
Destino: HR			
Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.			
CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO			
59. Cancelamento da ocorrência			
<input type="checkbox"/> 1. Pelo médico regulador <input type="checkbox"/> 2. Pelo solicitante <input type="checkbox"/> 3. Por trânsito <input type="checkbox"/> 4. Por cenário de risco para a equipe			
60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE			
<input type="checkbox"/> Subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica.			
Testemunha:			
Assinatura:			
RG:			
Data: / /			
61. Múltiplas vítimas:			
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não			
Nº de vítimas:			
Cenário:			

52. Outras descrições:

Vítima de colisão moto x pavalo, o mesmo estava pilotando a moto de capa e te que fôr tinha sido membro por populares e mesmo ista comente e orientado verbalizando queixa de dor abdominal, ista com fratura fechada no punho(D) e computum no social da ja longe distal não deve ter realizado exame de corpo sotô e tomografia, encerrado pelo médico da UPA no local da ocorrência utilizada na UPA-M dedicado com 3 frascos 100mg e redirecionado para seletiva HR, onde foi acionado realizar tomografia e obtida fratura manha e colar cervical, e segue aos cuidados médicos e de enfermagem.

Fever.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.543,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BENICIO CORREIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04739

CONTA: 000000014045-8

Nr. da Autenticação DEBBE89F411EB7CB

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

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50040-902
CNPJ 18.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 8005043-83**



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 381 0142

PMID: 28800 282 5598

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

600-727-0157-Ligação Grátis de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

DADOS DO CLIENTE			
MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA			
CPF: 919.419.384-34 NIS: 12523181675			
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA			
LO PRIMAVERA 5 - PR --			
PRIMAVERA/PAUDALHO 66625-000 PAUDALHO 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			
	DATA DE VENCIMENTO 21/02/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 14/02/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 14/02/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 097029988	CONTA CONTRATO 007026223177 Nº DO CLIENTE 2115824566 Nº DA INSTALAÇÃO 0806458346
	TOTAL A PAGAR (R\$) 50,76	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico	
		RESERVADO AO FISCO 9894.0B82.9EF0.9659.43E4.4697.F84C.7572	

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,09967835	2,98
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	76,00	0,17087719	11,38
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	15,00	0,23631578	3,84
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09172649	2,74
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	71,00	0,15723584	11,30
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	15,00	0,22588528	3,53
Acréscimo Bandeira AMARELA			8,45
Contrib. Bim. Pública Municipal			12,12
Multa por atraso-NF 089365735 - 20/12/2019			0,66
Juros por atraso-NF 089365735 - 20/12/2019			0,41
Atualização IGP-MF 089365735 - 20/12/2019			0,66
TOTAL DA FATURA			50,76
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
ICMS	PIS	COFINS	
BASE DE CÁLCULO	% VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	% VALOR DO IMPOSTO
100,00	0,01	100,00	0,01
IR	CSLL	COFINS	
BASE DE CÁLCULO	% VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	% VALOR DO IMPOSTO
100,00	0,01	100,00	0,01

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DATAS PREVISTAS PARA A PRÓXIMA LEITURA: 1/Maio/2020	USO-Valor do Placar de Uso - R\$ 17,86
Todo Consumidor pode solicitar a apresentação dos Indicadores DEE, FTE, DAMEC e DICRE a qualquer tempo.	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Envie-nos sua fatura av e-mail ou fax para o centro / pointmark comunicação assessor. r genilino silva 46 centro lista completa em www.celpe.com.br.

Na data da leitura a bandeira amarela é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de fornecimento. Pág. em atraso gera multa 2% (R\$414,00/MESES), Juros 11% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mediante o ICMS conforme art. 8º XLVII, a, 2.2.2, do RCM/SC.

Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 28/04/02 - R\$ 30,24.
O Cliente é considerado quando há descumprimento do prazo definido para os pedidos de atendimento comercial.

Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ESTÁQUIE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
0070D26223177	02/2020	50,76	21/02/2020	Evita dobrar, perfurar ou rasurar. Este cahnoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGUERO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Manoel Antonio de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ

919.489.384.34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Inscrito (a) no CPF sob o Nº *023.020.364-76*

do sinistro de DPVAT cobertura

imobilizado

da Vítima

Benicio Correia da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº

023.020.364-76

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<i>Lo primavera</i>	Número:	<i>5</i>	Complemento:	<i>oba</i>
Bairro:	<i>Primavera</i>	Cidade:	<i>Raudalho</i>	Estado:	<i>PE</i>
E-mail:				CEP:	<i>55825 000</i>

Tel.(DDD): *(81) 9.9534-7625*

Local e Data:

Pausa 14/10/2020

Assinatura do Declarante

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 00040846-8

Nome: BENICIO CORREIA DA SILVA

Endereço: LOT. PRIMAVERA - RUA 11

Cidade: PAUDALHO/PE

Bairro: PRIMAVERA

Documento:

CNS:

Mãe: MARIA JOSE ELIAS DA SILVA

Profissão: PEDREIRO.

Nº. Ocorrência: 0071954

Idade: 41 ANOS, 2 MESES E 11 DIAS

Dt. Nasc.: 05/09/1978 - Sexo: M Est. Civil: CASADO

CEP:

Nac:

Tel.:

Sisprenatal:

Pai:

Responsável: LEONARDO - VIZINHO

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
16/11/2019 07:15	0071954	ACIDENTE DE MOTO
16/11/2019 07:14	0071953	ACIDENTE DE MOTO

PRE-CONSULTA

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

Horário	P.A.		Pulso	Peso	Assinatura
	110x60	116:98			

Queixas / Diagnóstico

Saúde: 95% em Vantagem
 Pote vitória de bala
 automobilística; Possível
 Hemorragia abdominal.

Tratamento

TRAMADOL 02 Amp EV

Dr. Rodrigo Wanderley
 Médico
 CRM/PE 27219

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

HN: TRAUMA ASINTOMATICO

<input type="checkbox"/> CURATIVO	ADM MEDICAMENTO:		TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> BÁSICO	<input type="checkbox"/> ESP	
RETIRADA DE PONTO			

Consultas / Atendimento Médico:

<input type="checkbox"/> urgência básica	<input type="checkbox"/> urgência especializada
<input type="checkbox"/> observação básica	<input type="checkbox"/> observação especializada

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

Encaminhado:
Removido:
Obito:
is _____ h _____ m do dia _____

Data saída:
Hora saída:

Data da impressão: Sábado, 16 de Novembro de 2019 às 07:15

Recepção: SÍLVIA LUCAS

LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: BENICIO CORREIA DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PÉRIODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

DATA DE INTERNAMENTO: 20/11/2019

DATA DA CIRURGIA: 25/11/2019

DATA DE ALTA: 27/11/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 09/12/2019 HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. GISELLY VERISSIMO DE MIRANDA

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 27 DE NOVEMBRO DE 2019

MEDICO: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: BENÍCIO CORREIA DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PÉRIODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

DATA DE INTERNAMENTO: 20/11/2019

DATA DA CIRURGIA: 25/11/2019

DATA DE ALTA: 27/11/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 09/12/2019 HORÁRIO: 07:00

MÉDICO ASSISTENTE: DR. GISELLY VERISSIMO DE MIRANDA

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 27 DE NOVEMBRO DE 2019

MEDICO: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: BENICIO CORREIA DA SILVA

PRONTUÁRIO: 777927

SOLICITO:

RX DE PUNHO DTR AP PERFIL

DR(a): GISELLY VERISSIMO DE MIRANDA

ASSINATURA E CARTIMBO

Leonardo
Med
CRM-PB-1550



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1511020/2019.

NOME: BENICIO CORREIA DA SILVA.

Foi atendido às 08h43 do dia 16.11.2019.

Diagnóstico provável: BOLITURVOSA - TRAUMA TÚNICA
CONSTITUTIVA PELVISINTA -
TUNICA ABSERVAL FASCIA DD - HEMATOMA
HEMÓSTICO. FRATURA DE MÍDIO DISTAL DÍGITO 5
(ALVIDADE MUTO - CAVALO)
ANJOTURNO INFLAMATÓRIO DE PALMA E DISTAL DE SÉQUDE.
Tratamento realizado: TAC DE CAVALO - TAC DA COLUNA
CERVICAL S/ LIGADURA NEUROLOGICA ECG = 15
TAC TORAX-VENTUSAS PULMONARES - TAC DA
ALVIDADE MUTO. HEMOBESTA T BIDIMENSIONAL
S/ ROTTURA CLÍNICA

Obs. HOSPITAL HISTÓRICO DA BOA TÃO DOS GRANADINOS
Em 20-11-2019 às 03:50h

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

Cópia de Prontuário Médico em

27-12-2019

ES - Hospital da Restauração:
Dr Gilberto Wanderley Lima
e Magalhães SAM

4533

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

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572