

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704765 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIMONE CONCEICAO DA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da escápula à esquerda.

Descrição do exame Ao exame, vitima apresenta bloqueio articular do ombro esquerdo, realiza flexão a 100°, abdução a 120°, deficit de força grau III.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador com imobilização local, fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências; Alta há cerca de 30 dias

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/01/2020

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 ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704765 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIMONE CONCEICAO DA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da escápula à esquerda.

Descrição do exame Ao exame, vitima apresenta bloqueio articular do ombro esquerdo, realiza flexão a 100°, abdução a 120°, deficit de força grau III.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador com imobilização local, fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências; Alta há cerca de 30 dias

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704765 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIMONE CONCEICAO DA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA ESCAPULA ESQUERDA SEM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @PÁG 01.

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704765 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIMONE CONCEICAO DA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA ESCAPULA ESQUERDA SEM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @PÁG 01.

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455756/19

Vítima: SIMONE CONCEICAO DA SILVA

CPF: 103.225.694-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/05/2019

Titular do CPF: SIMONE CONCEICAO DA SILVA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SIMONE CONCEICAO DA SILVA : 103.225.694-00

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: 17/12/2019
Nome: SIMONE CONCEICAO DA SILVA
CPF: 103.225.694-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

SIMONE CONCEICAO DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403633/19

Vítima: SIMONE CONCEICAO DA SILVA

CPF: 103.225.694-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/05/2019

Titular do CPF: SIMONE CONCEICAO DA SILVA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

SIMONE CONCEICAO DA SILVA : 103.225.694-00

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: 18/11/2019
Nome: SIMONE CONCEICAO DA SILVA
CPF: 103.225.694-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

SIMONE CONCEICAO DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

**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: **3190704765**

Nome do(a) Examinado(a): **SIMONE CONCEICAO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R moacir maria da silva, 40 - Carpina - PE - CEP 55813-901

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **8458256**

Data e local do acidente: [**25/05/2019**] **Carpina, PE**

Data e local do exame: [**03/01/2020**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da escápula à esquerda.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, vítima apresenta bloqueio articular do ombro esquerdo, realiza flexão a 100°, abdução a 120°, deficit de força grau III.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Submetido a tratamento conservador com imobilização local, fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências; Alta há cerca de 30 dias

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do ombro esquerdo

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 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro esquerdo

% 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

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 a valoração do dano corporal.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

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, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190704765

Vítima: SIMONE CONCEICAO DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIMONE CONCEICAO 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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190704765

Vítima: SIMONE CONCEICAO DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SIMONE CONCEICAO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

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

Recebedor: SIMONE CONCEICAO DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 341

Agência: 000002917

Conta: 0000013272-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

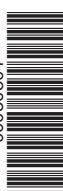
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 103.225.694-00 4 - Nome completo da vítima: Simone Conceição 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:	Simone Conceição da Silva		6 - CPF:	103.225.694-00
7 - Profissão:	8 - Endereço:	Flua Macacu Maria da Silva	9 - Número:	40
11 - Bairro:	12 - Cidade:	Campina	13 - Estado:	PE
15 - E-mail:			14 - CEP:	55.810-000
			16 - Tel.(DDD):	081 996686080

DADOS CADASTRAIS

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 2917 CONTA: 13272 8 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (váinase) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	--	--	---	---

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 103.225.694-00 4 - Nome completo da vítima: Simone Conceição 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:	Simone Conceição da Silva		6 - CPF:	103.225.694-00
7 - Profissão:	8 - Endereço:	Flua Macacu Maria da Silva	9 - Número:	40
11 - Bairro:	12 - Cidade:	Campina	13 - Estado:	PE
15 - E-mail:			14 - CEP:	55.810-000
			16 - Tel.(DDD):	081 996686080

DADOS CADASTRAIS

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 2917 CONTA: 13272 8 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	---	---

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (váinaseco)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	--	--	---

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (não obrigatório)

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

40 - Local e Data,

(CAMPINA (PE)) 12-10-19
Simone Conceição da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 103.225.694-00 4 - Nome completo da vítima: Simone Conceição 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:	Simone Conceição da Silva		6 - CPF:	103.225.694-00
7 - Profissão:	8 - Endereço:	Flua Macacu Maria da Silva	9 - Número:	40
11 - Bairro:	12 - Cidade:	Campina	13 - Estado:	PE
15 - E-mail:			14 - CEP:	55.810-000
			16 - Tel.(DDD):	081 996686080

DADOS CADASTRAIS

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 2917 CONTA: 13272 8 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (váinaseco)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	---	--	---	---

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



45ª Circunscrição

Carpina

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45º CIRCO
DINTER1/11ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0135002787**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/07/2019** às **10:20**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **25/5/2019** às **16:50**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOAQUIM GONCALVES GUERRA, 01** - Bairro: **SANTO ANTONIO - CARPINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

QUEDA (AUTOR \ AGENTE)
TARSSIO VANDERLI MOURA LIMA (OUTRO)
SIMONE CONCEIÇÃO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): TARSSIO VANDERLI MOURA LIMA

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

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

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

TARSSIO VANDERLI MOURA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MINERVA GOMES DE MOURA** Data de Nascimento: **18/2/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINHA, 40, RUA MOACIR MARIA DA SILVA - LOT. TRES MARIAS - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - CARPINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

SIMONE CONCEIÇÃO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA INES DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **31/8/1989** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINHA, 40, RUA MOACIR MARIA DA SILVA - LOT TRES MARIAS - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - CARPINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TARSSIO VANDERLI MOURA LIMA**, que estava em posse

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
J4111119

do(a) Sr(a): **TARSSIO VANDERLI MOURA LIMA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR 125 K** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **ROXA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEE6460** (PERNAMBUCO/CARPINA) Renavam: **397735464** Chassi: **9C6KE1520C0079587**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA, A SRA SIMONE CONCEIÇÃO, INFORMANDO QUE NO DIA 25/05/2019, POR VOLTA DAS 16:50 HS QUANDO SE ENCONTRAVA DE CARONA NA MOTO DE PLACA PEE-6460, NA OCASIÃO CONDUZIDA PELO SR. TARSSIO VANDERLI, TENDO O MESMO AO TENTAR SE LIVRAR DE OUTRA MOTO QUE SE ATRAVESSOU NA SUA FRENTE, VINDO A CAIREM NO SOLO E POR CONTA DISSO, A VITIMA SOFREU ALGUNS ARRANHÓES E FRATURA. A VITIMA FOI SOCORRIDA A UNIDADE MISTA LOCAL PELO SAMU.

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

TARSSIO VANDERLI MOURA LIMA

(OUTRO)

Simone Conceição da Silva

SIMONE CONCEIÇÃO DA SILVA

(VITIMA)

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



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
JUL/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: 103.225.694-00 4 - Nome completo da vítima: Simone Conceição 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:	Simone Conceição da Silva		6 - CPF:	103.225.694-00
7 - Profissão:	8 - Endereço:	Flua Macacu Maria da Silva	9 - Número:	40
11 - Bairro:	12 - Cidade:	Campina	13 - Estado:	PE
15 - E-mail:			14 - CEP:	55.810-000
			16 - Tel.(DDD):	081 996686080

DADOS CADASTRAIS

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 2917 CONTA: 13272 8 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (váinase) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	--	--	---	---

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SIMONE CONCEICAO DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 02917

CONTA: 000000013272-8

Autenticação:

8CACB3F59AFD93A070550507CFDC0E490043BC7A0AE4354594AE6AFDBCEC6867



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

NOTIFICAÇÃO DE DEBITO

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 6115055 N° 95969848
R. NOACIR MARIA DA SILVA	Nº 08900 - BLOCO ANTONIO CARPINA PE S	10192770411
EDMILSON CARLOS DA SILVA	INSCRIÇÃO: 040 100.580.0054 INO GRUPO DE AUTOMATICO: 006115055	
5810-000		
LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
HIDROMETRO	POTENCIAL	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
A12B240568	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL
	30/08/2019	01/10/2019
		TIPO DE CONSUMO (A/E)
		REAL

NOTIFICAÇÃO DE DEBITOS - ATENÇÃO

A PARTIR DO RECEBIMENTO DESTE AVISO, DE ACORDO COM O DECRETO
ESTADUAL N° 18.251 DE 21.12.94, FICA VOSA SENHORIA CIENTE
QUE, CASO OS DEBITOS NAO SEJAM LIQUIDADOS, EFETUAREMOS A
SUSPENSÃO DO SEU ABASTECIMENTO DE AGUA. MANTENHA OS
DOCUMENTOS DE REGULARIZAÇÃO EM SEU INOVO PARA APRESENTAÇÃO
AOS NOSSOS FUNCIONARIOS. PAGUE SEU DÉBITO NO DIA SUA CONTAS. EVITE O
CORTE E A INFILTRAÇÃO DO SEU NOSSO INPC SERÁ.

CASO JÁ TENHA QUITADO O DEBITO, DESCONSIDERE ESSE AVISO.

REFERENCIA CONTA	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
08/2019	15/09/2019	45,65

EMISSÃO: 28/09/2019

TIPO DE DEBITO	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DE IMPORTE
PS CORRE			

VENCIMENTO: TOTAL A PAGAR: 45,65



KOTE SEGURO
Erica Araujo
1411119

contatos
011-996636020
011-994828618
011-994828618



40 07/03/2013 09:26:32

1. Hora do chamado	16:50	2. Chegada ao local	17:00	3. Saída do local	17:10	4. Hora da conclusão	17:15	5. Saída do hospital	17:15				
6. Motivo/Solicitação									7. Data				
8. Tipo de recurso:	<input type="checkbox"/> 1. USA	<input checked="" type="checkbox"/> 2. UEB	<input type="checkbox"/> 3. VIR	<input type="checkbox"/> 4. Helicóptero	<input type="checkbox"/> 5. Moto								
9. Origem do acionamento	<input type="checkbox"/> 1. Domicílio	<input type="checkbox"/> 2. Via Pública	<input type="checkbox"/> 3. Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> 4. SAD									
10. Médico regulador									11. Rádio operador				
12. Paciente									13. Solicitante				
14. Data de nascimento	15. Idade	16. Sexo	<input type="checkbox"/> 1. Masculino	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Feminino									
17. Logradouro									18. Nº				
19. Bairro									20. Município				
21. Zona	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Urbana	<input type="checkbox"/> 2. Rural	22. Referência										
23. Local de ocorrência	24. Ocorrência relacionada ao trabalho		25. Tipo de atendimento										
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Via Pública	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Causa extrema	<input type="checkbox"/> 3. Obstétrico	<input type="checkbox"/> 4. Pediátrico									
<input type="checkbox"/> 2. Domicílio	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 5. Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> 6. Remoção/Resgate	<input type="checkbox"/> 7. Unid. Solicitante:									
26. Tipo de vítima									27. Meio de locomoção da vítima	28. Mecanismo do trauma			
<input type="checkbox"/> 1. pedestre	<input type="checkbox"/> 2. Condutor	<input checked="" type="checkbox"/> 3. Passageiro	<input type="checkbox"/> 4. Automóvel	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Moto	<input type="checkbox"/> 3. A pé	<input type="checkbox"/> 1. Capotamento	<input type="checkbox"/> 2. Explosão	<input type="checkbox"/> 3. Impacto frontal					
<input type="checkbox"/> 4. Pessoa conduzida em local inadequado	<input type="checkbox"/> 5. Ciclista	<input type="checkbox"/> 6. Outro	<input type="checkbox"/> 7. Bicicleta	<input type="checkbox"/> 8. Outro	<input type="checkbox"/> 9. Ignorado	<input type="checkbox"/> 4. Impacto lateral	<input type="checkbox"/> 5. Impacto inverso						
29. Natureza do acidente									30. Uso de cintos de segurança pela vítima	31. Uso do cinto pela vítima			
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Colisão/Abatimento	<input type="checkbox"/> 2. Tombamento ou Capotamento	<input type="checkbox"/> 3. Choque com objeto fixo											
<input type="checkbox"/> 4. Atropelamento	<input type="checkbox"/> 5. Queda em/ao veículo	<input type="checkbox"/> 6. Outro											
<input checked="" type="checkbox"/> 31. Uso de cintos de segurança pela vítima	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 3. Não se aplica										
32. Uso de bebida alcoólica pela vítima	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 3. Não se aplica										
33. Intoxicação Exógena									34. Queda	35. Agressão			
<input type="checkbox"/> 1. Álcool	<input type="checkbox"/> 2. Drogas Ilícitas	<input type="checkbox"/> 3. Medicamentos	<input type="checkbox"/> 1. Própria altura										
<input type="checkbox"/> 4. Animais peçonhentos	<input type="checkbox"/> 5. Outros	<input type="checkbox"/> 6. Outro	<input type="checkbox"/> 2. Outra altura/Aproximadamente										
36. Agressão									37. Tentativa de suicídio	38. Outros acidentes			
<input type="checkbox"/> 1. Arma de fogo	<input type="checkbox"/> 2. Arma branca	<input type="checkbox"/> 3. Agressão física	<input type="checkbox"/> 1. Fogo	<input type="checkbox"/> 2. Fumaça	<input type="checkbox"/> 3. Tármica (exceto fogo)								
<input type="checkbox"/> 4. Abuso sexual	<input type="checkbox"/> 5. Outros	<input type="checkbox"/> 4. Substâncias químicas	<input type="checkbox"/> 5. Choque elétrico										
39. Vias aéreas									40. Respiração	41. Circulação/p脉搏			
<input type="checkbox"/> 1. Livres	<input type="checkbox"/> 2. Obstruídas	<input type="checkbox"/> 1. Normal	<input type="checkbox"/> 2. Traquipneia	<input type="checkbox"/> 3. Bradipneia	<input type="checkbox"/> 1. Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Presente	42. Perfusion perfusão						
<input type="checkbox"/> 4. Apneia	<input type="checkbox"/> 5. Tórax com deformidades ou inchaços	<input type="checkbox"/> 4. Apneia	<input type="checkbox"/> 5. Tórax com deformidades ou inchaços	<input type="checkbox"/> 3. Cholo.	<input type="checkbox"/> 4. Fino	<input type="checkbox"/> 1. > 2 P-pulmões	<input type="checkbox"/> 2. 3-5 P-pulmões						
43. Neurológico									44. Escala de CINCINNATI	45. Pupilas			
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal	<input type="checkbox"/> 2. Sonolência	<input type="checkbox"/> 3. Agitação	<input type="checkbox"/> 4. Come	<input type="checkbox"/> 5. Convulsão	<input type="checkbox"/> 1. Déficit motor	<input type="checkbox"/> 2. Desvio do corotípum instável	<input type="checkbox"/> 3. Dificuldade de fala						
46. Coloração da pele									46. Pupilas	47. Alergia			
<input type="checkbox"/> 1. Normal	<input type="checkbox"/> 2. Pálido	<input type="checkbox"/> 3. Clanose	<input type="checkbox"/> 4. Hiperemias	<input type="checkbox"/> 5. Ictérico	<input type="checkbox"/> 1. Miosis	<input type="checkbox"/> 2. Midriase	<input checked="" type="checkbox"/> 3. Hiperpídrone	<input type="checkbox"/> 4. Não reage					
<input type="checkbox"/> 6. Ictérico									48. Qual?	49. Alguma projeção			
50. Abertura ocular (AO)									51. Resposta verbal	52. Resposta Motor			
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Espontânea (4)	<input type="checkbox"/> 2. À voz (3)	<input type="checkbox"/> 3. À dor (2)	<input type="checkbox"/> 4. Nenhuma (1)	<input type="checkbox"/> 1. Orientada (5)	<input type="checkbox"/> 2. Confusa (4)	<input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas (3)	<input type="checkbox"/> 4. Palavras incompletas (2)	<input type="checkbox"/> 5. 6. Nenhuma (1)	<input type="checkbox"/> 1. Obediente a comandos (3)	<input type="checkbox"/> 2. Localizadora (5)			
									<input type="checkbox"/> 3. Movimento de retrada (4)	<input type="checkbox"/> 4. Flexão anormal (3)			
									<input type="checkbox"/> 5. Extensão anormal (2)	<input type="checkbox"/> 6. Nenhuma (1)			
TOTAL	SCORE1				SCORE2				53. Sinal vital - GSVV				
	15								HR				
									PA	170x80			
									PC	89			
									RR	13			
									TEMP	37.5			
									HGT	105			
									SPO ₂ %	98%			

54. Principais lesões	Crânio	Face	Pescoco	Dorsos	Tórax	Abdômen	Pelve	Membro Superior	Membro Inferior
								Baixigüia	Direito
								Esquerdo	Direito
Amputação									
Contusão									
Escrachão									
Esmagamento									
Perfurante									
Contuso									
Fratura fechada									
Fratura aberta									
Laceração									
Luxação									

X
KOTE 5EGUNDO
Erica Araújo
MIIIIA

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

01 abr/11 MA CR/PE

66. Unidade de destino:

H. M. G.
Dra. Marcella Soares
CRM-PE 27932

57. Médico que recebeu:

68. Equipe:

Médico assistente:

Enfermeiro:

Técnico de enfermagem:

Condutor/Piloto:

Responsável pelo preenchimento:

Solicitou apoio da UVI

1. Sim

2. Não

Observações:

Redirecionamento:

1. Sim

2. Não

Causa:

Destino:

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

59. Cancelamento da ocorrência:

1. Pelo médico regulador 2. Pelo solicitante
 3. Por sorte 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:

61. Múltiplas vítimas: 1. Sim 2. Não

Nº de vítimas:

Cenário:

62. Outras descrições:

Paciente. Mítomia do colo de cíntio de mola. Ombro sentindo dor. Prominente, hérnia de disco lumbosacral desembocando na perna em ambiente. Nada rompe, permanece, permanece alguma p. patologias. Encostou na cadeira permanecendo com o braço direito em cima da cadeira. Acha normal a dor se sente forte. No exame clínico não havia. Dando sim encerrado. Sobre o fato.

Sávia Rodrigues da Silva
CRM-PE 512.425-TE

KOTE SEGUE
Erica A.
JULIA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA PRONTUÁRIO: 189859 CLASSIFICAÇÃO: AMARELO N° OCORRÊNCIA: 00169485

Nome: SIMONE CONCEIÇÃO DA SILVA
 End.: RUA MOACIR MARIA DA SILVA
 Mãe: MARIA INES DA CONCEIÇÃO
 Pai: CARLOS JOSE DA SILVA
 Profi.:
 Idade: 29 Anos 8 Meses 24 Dias
 Nº: 40 Nascimento: 31/08/1989
 Doc nº: 8458256
 Acom.:
 Telefone: 993257429
 CNS: 898004034251869
 CEP: 55819110
 Nacio.: BRASILEIRA
 Município: CARPINA
 Est.Civil:
 Bairros:
 Cor/Raça: PARDO
 Sexo: FEMININO

Encaminhamento: CLÍNICA MÉDICA

Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

REFERE DOR EM REGIÃO ESCAFULAR ESQUERDA E OMBRO ESQUERDO SEC À TRAUMA EM ACIDENTE DE MOTO HÁ QUASE 6 HORAS.

Procedência: Unidade de saúde

Doenças preexistentes: NEGA

Régua de dor: Moderada

Pré-consulta: Urgência

Intolerância/Alerg.: PENICILINA BENZATINA

 Parâmetros: PA: 13/80 FC: 95 R: T: HGT: Spo2: GLASGOW: Peso:
 Estado do Paciente: Consciente Orientado Calmo

Sintomas:

Dor torácica: Duração da dor:

Localização:

Dor presente: Irradiação:

Edemas:

Observações: TRANSFERÊNCIA DE CARPINA/PE! RX DE OMBRO: FRATURA EM ESCÂPULA ESQUERDA! À ORTOPEDIA!

Últimas Ocorrências	Data:	Hora:	Nº:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

Queixas / Diagnóstico

Dor em escápula
 escápula ⊖ Algo
 Quase 6 horas
 Há +/− 06 horas

Tratamento

OK
 OTIPÓA AMERICANA
 ③ ORIENTAÇÃO

Exames complementares

RX - FRATURA ESCÂPULA

Impressão diagnóstica

S/ DUSVIO

Motivo da saída: Residência Internado

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Último às: h m do dia: / /

Data saída: / / Hora saída: :

- Curativo
- Nebulização
- Adm. de medicamento
- Retirada de ponto

Atendimento Médico

- Urgência
- Obs. até 24 hs

Médico / CRM

Horário: :

Cód procedimento

Técnico / Conselho

Horário

11/11/19
 ERICA ARAUJO
 KOTSESEGURROS





KOTE SEGURO:
Erica Araujo
Amilia



Лінійне уявлення ідеалізмів

Cross-tunnel walk distance?

Onde esta foto foi tirada?

2019 * novembro * 12 * Adfi

Amigón

Escreva um comentário...

KOTE SEGURO:
Erica Araujo
JULIIMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE		Nº 014B05534903	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
EXPIRA EM 11/05/2004		JUN/04	
1 3 9 7 2 5 4 5 4 *		PERÍODO	
		01/04	

DEPARTMENT

COUNTRY

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
34/11/19