

# 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 físico:** Ao exame, vítima 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 físico:** Ao exame, vítima 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

**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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455756/19

**Vítima:** SIMONE CONCEICAO DA SILVA

**CPF:** 103.225.694-00

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

**Data do acidente:** 25/05/2019

**Titular do CPF:** SIMONE CONCEICAO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

**Data do acidente:** 25/05/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SIMONE CONCEICAO DA SILVA

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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 às 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



---

**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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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](http://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: Autônoma 8 - Endereço: Rua Moacir Maria da Silva 9 - Número: 40 10 - Complemento: C.M.  
11 - Bairro: São Antonio 12 - Cidade: Campina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.810-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 081 996686080

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2917 CONTA: 13272 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

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: Autônoma 8 - Endereço: Rua Moacir Maria da Silva 9 - Número: 40 10 - Complemento: C.M.  
11 - Bairro: São Antonio 12 - Cidade: Campina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.810-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 081 996686080

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 2917 CONTA: 13272 8 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

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: Autônoma 8 - Endereço: Rua Moacir Maria da Silva 9 - Número: 40 10 - Complemento: C.M.  
11 - Bairro: São Antonio 12 - Cidade: Campina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.810-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 081 996686080

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2917 CONTA: 13272 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina (PE) 12-10-19

\* Simone Conceição da Silva  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



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 - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **25/5/2019** às **16:50**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOAQUIM GONCALVES GUERRA, 01** - Bairro: **SANTO ANTONIO** -  
**CARPINA/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 CARPINA, 40, RUA MOACIR MARIA DA SILVA - LOT. TRES MARIAS - CEP: 0** -  
Bairro: **SANTO ANTONIO - CARPINA/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 CARPINA, 40, RUA MOACIR MARIA DA SILVA - LOT TRES MARIAS - CEP: 0** -  
Bairro: **SANTO ANTONIO - CARPINA/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  
31/11/19



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 ARRANHÕES 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**



# 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: Autônoma 8 - Endereço: Rua Moacin Maria da Silva 9 - Número: 40 10 - Complemento: C.M.  
11 - Bairro: São Antonio 12 - Cidade: Campina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.810-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 081 996686080

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2917 CONTA: 13272 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina (PE) 12-10-19

\* Simone Conceição da Silva  
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





40 046 052632

1. Hora do chamado: 16:50	2. Chegada ao local: 17:00	3. Saída do local: 17:10	4. Hora de conclusão: 17:15	5. Saída do hospital: 17:15
6. Motivo/Solicitação: COLUNA C6, MATA	7. Data: 22/09/19			
8. Tipo de recurso: <input type="checkbox"/> 1. USA <input checked="" type="checkbox"/> 2. USB <input type="checkbox"/> 3. VIR <input type="checkbox"/> 4. Helicóptero				
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: SIMONE R. CARVALHO	11. Rádio operador: LINDLEY			
12. Paciente: SIMONE R. CARVALHO	13. Solicitante: SIMONE			
14. Data de nascimento: 10/08/89	15. Idade: 30	16. Sexo: <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 2. Feminino		
17. Logradouro: RUA E. SOARES V. GONCALVES	18. Nº: 511			
19. Bairro: JARDIM	20. Município: CAMPINA			
21. Zona: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Urbana <input type="checkbox"/> 2. Rural	22. Referência: SÔNICA P. SILVA CP. M. M. M. M.			
23. Local de ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Via Pública <input type="checkbox"/> 2. Doméstico	24. Ocorrência relacionada ao trabalho: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não	25. Tipo de atendimento: <input type="checkbox"/> 1. Clínico <input checked="" type="checkbox"/> 2. Causa externa <input type="checkbox"/> 3. Obstétrico <input type="checkbox"/> 4. Pediátrico <input type="checkbox"/> 5. Psiquiátrico <input checked="" type="checkbox"/> 6. Remoção/Genha: /Unid. Solicitante:		
26. Tipo de vítima: <input type="checkbox"/> 1. Passageiro <input checked="" type="checkbox"/> 2. Condutor <input type="checkbox"/> 3. Pessoa conduzida em local inadequado		27. Meio de locomoção da vítima: <input type="checkbox"/> 1. Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 2. Moto <input type="checkbox"/> 3. A pé <input type="checkbox"/> 4. Bicicleta <input type="checkbox"/> 5. Outro		
28. Mecanismo do trauma: <input type="checkbox"/> 1. Capotamento <input type="checkbox"/> 2. Ejeção <input type="checkbox"/> 3. Impacto frontal <input type="checkbox"/> 4. Impacto lateral <input type="checkbox"/> 5. Impacto traseiro				
29. Natureza do acidente: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Colisão/Abalo/Ampliação <input type="checkbox"/> 2. Tombamento ou Capotamento <input type="checkbox"/> 3. Choque com objeto fixo <input type="checkbox"/> 4. Atropelamento <input type="checkbox"/> 5. Queda em/ou de veículo <input type="checkbox"/> 6. Queda <input type="checkbox"/> 7. Ignorado				
30. Uso de cinto pela vítima: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 88. Não se aplica		31. Uso de cinto pela vítima: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 88. Não se aplica		32. Uso de bebida alcoólica pela vítima: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 88. Não se aplica
33. Intoxicação Exógena: <input type="checkbox"/> 1. Alcool <input type="checkbox"/> 2. Drogas ilícitas <input type="checkbox"/> 3. Medicamentos <input type="checkbox"/> 4. Animais peçonhentos <input type="checkbox"/> 5. Outros				
34. Queda: <input type="checkbox"/> 1. Própria altura <input type="checkbox"/> 2. Outra altura/Aproximadamente: m				
35. Agressão: <input type="checkbox"/> 1. Arma de fogo <input type="checkbox"/> 2. Arma branca <input type="checkbox"/> 3. Agressão física <input type="checkbox"/> 4. Abuso sexual <input type="checkbox"/> 5. Outros				
36. Qualimadura: <input type="checkbox"/> 1. Fogo <input type="checkbox"/> 2. Fumaça <input type="checkbox"/> 3. Térmica (exceto fogo) <input type="checkbox"/> 4. Substância química <input type="checkbox"/> 5. Choque elétrico				
37. Tentativa de suicídio: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não				
38. Outros acidentes: <input type="checkbox"/> 1. Afogamento <input type="checkbox"/> 2. Botamento <input type="checkbox"/> 3. Não sei <input type="checkbox"/> 4. Outros				
39. Vias aéreas: <input type="checkbox"/> 1. Livre <input type="checkbox"/> 2. Obstruída				
40. Respiração: <input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Traqueopneia <input type="checkbox"/> 3. Bradipneia <input type="checkbox"/> 4. Apnéia <input type="checkbox"/> 5. Tórax com deformidades ou lesões				
41. Circulação/pulso: <input type="checkbox"/> 1. Ausente <input checked="" type="checkbox"/> 2. Presente <input type="checkbox"/> 3. Chalo <input type="checkbox"/> 4. Fino				
42. Períneo/perfúria: <input type="checkbox"/> 1. > 2 cm perfúria <input type="checkbox"/> 2. < 2 cm perfúria				
43. Neuroológico: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Sonolência <input type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Coma <input type="checkbox"/> 5. Convulsão				
44. Escala de GCS: <input type="checkbox"/> 1. Débil motor <input type="checkbox"/> 2. Débil verbal <input type="checkbox"/> 3. Débil de abertura ocular				
45. Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Míopes <input type="checkbox"/> 2. Midríase <input type="checkbox"/> 3. Anisocóricas <input type="checkbox"/> 4. Não reagente <input type="checkbox"/> 5. Teóricas <input type="checkbox"/> 6. Anisocóricas				
46. Alergia: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não		47. Uso medicamento: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não		
Qual? S/O de Paciente		Qual? Qual?		
48. Abertura ocular (AO): <input checked="" type="checkbox"/> 1. Espontânea (4) <input type="checkbox"/> 2. À voz (3) <input type="checkbox"/> 3. À dor (2) <input type="checkbox"/> 4. Nenhuma (1)		49. Resposta verbal: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Orientada (5) <input type="checkbox"/> 2. Confusa (4) <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas (3) <input type="checkbox"/> 4. Palavras incompletas (2) <input type="checkbox"/> 5. Nenhuma (1)		50. Resposta Motora: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Obedece a comandos (5) <input type="checkbox"/> 2. Localiza dor (4) <input type="checkbox"/> 3. Movimento de retirada (3) <input type="checkbox"/> 4. Flexão anormal (2) <input type="checkbox"/> 5. Extensão anormal (1) <input type="checkbox"/> 6. Nenhuma (1)
TOTAL		SCORET		SCOREZ
15		15		
51. Sinais vitais - QSVV				
HOTA				
PA				
FC				
FR				
TEMP				
HGT				
SpO2 %				
93%				
52. Principais lesões				
Crânio				
Face				
Pescocço				
Dorso				
Tórax				
Abdômen				
Pelve				
Membro Superior				
Membro Inferior				
Amputação				
Contusão				
Escoriação				
Ematema				
Perfurante				
Contusão				
Fratura fechada				
Fratura aberta				
Laceração				

KOTE SEGUROS  
Erica Araújo  
11/11/19



- 01 000110 010101

Amélia Oliveira Ricardo  
Loren - PE 451312 - ENF

Candice:

Outras descrições:  
 Paciente vítima de colisão  
 de maior velocidade.  
 E.G. R. Periclitante, apresentando  
 contusão facial de ambas as mandíbulas  
 sendo fratura em grau ambiental.  
 Nega emese, vômito,  
 alteração de patologias.  
 Cerebralmente: pl. c. l. m. c.  
 com alteração grau em  
 ambiental e alteração  
 mandíbulas mais fratura  
 a qual é chamada a dor e  
 o exame físico o exame físico  
 mandíbulas.  
 Dando bom encaminhado  
 em se. etc.

Sandra Rodrigues da Silva  
Coren-BE 528.425-TE

KOTE SEGURO  
Erica A.  
14/11/19

**BOLETIM DE EMERGÊNCIA** PRONTUÁRIO: 189859 CLASSIFICAÇÃO **AMARELO** Nº OCORRÊNCIA: 00169485  
Nome: SIMONE CONCEIÇÃO DA SILVA Idade: 29 Anos 8 Meses 24 Dias CNS: 898004034251869 Est.Civil:  
End.: RUA MOACIR MARIA DA SILVA Nº: 40 Nascimento: 31/08/1989 CEP: 55819110 Bairro:  
Mãe: MARIA INES DA CONCEIÇÃO Doc nº: 8458256 Nacio.: BRASILEIRA Cor/Raça: PARDO  
Pai: CARLOS JOSE DA SILVA Acom.: Sexo: FEMININO  
Profi.: Telefone: 993257429 Municp: CARPINA

Encaminhamento: CLÍNICA MÉDICA

Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

REFERE DOR EM REGIÃO ESCAPULAR 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/PEI RX DE OMBRO: FRATURA EM ESCÁPULA ESQUERDA! À ORTOPEDIA!

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

Queixas / Diagnóstico

Dor em Regiões  
Escapular (E) APÓS  
QVOM DO MOTO  
HÁ +/- 06 Horas

Tratamento

① RX  
② TIPÓIA AMERICANA  
③ ORIENTAÇÃO

Exames complementares

RX - FRATURA ESCÁPULA

Impressão diagnóstica

S/DUSVIO

Motivo da saída: ☐ Residência ☐ Internado

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito às: h m do dia: / /

Data saída: / / Hora saída:

☐ Curativo Técnico / Coren

☐ Nebulização

☐ Adm. de medicamento

☐ Retirada de ponto

Atendimento Médico

☐ Urgência

☐ Obs. até 24 hs

Horário: :

Médico / CRM

Cód procedimento

Técnico / Conselho

Horário

9/11/19  
KOTE SEGUROS  
Erica Araújo





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

EC-3




*Simone Conceição da Silva*

CARTERA DE IDENTIDADE

CPF: 103.225.694-00

31/08/1989

44 - CONCEIÇÃO DA SILVA >>>

44 - CARLOS JOSÉ DA SILVA >>>

44 - MARIA INES DA CONCEIÇÃO >>>

CARTUA - PE

44 CN. 27.846 LAIS F. 3199 CART. 1º

CARTUA - PE 01.13.1989 >>>

103.225.694-00

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
11/11/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

EC-3




*Simone Conceição da Silva*

CARTERA DE IDENTIDADE

Receita Federal

CPF

103.225.694-00

INSTRUMENTO DE REGISTRO DE IDENTIDADE

Nome: CONCEIÇÃO DA SILVA

Sexo: F

Nascimento: 31/08/1989

Local: PE



Adicione uma descrição

Criei quem você estava?

Onde esta foto foi tirada?

2019 ▾ novembro ▾ 12 ▾ Adi

Amigos

Compartilhar

Curtir

Comentar



Escreva um comentário...

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
10/11/19



