

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190230896 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR AMARAL ALVES **Data do acidente:** 09/11/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA. P 3/8/9

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE
INSC.

16 JAN 2019

573

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Valdir Amaral Alves

DATA:

09/11/20

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO:

14/09/90
28 anos

SEXO:

M

FILIAÇÃO:

PAI: Erisvaldo de Jesus Alves

MÃE: Waldilene Amaral da Silva Alves

ENDEREÇO:

POV. Santa Rosa

REFERÊNCIA:

PROFISSÃO:

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA ☐
CARDIOPATIA ☐
DIABETES ☐
EPILEPSIA ☐

HANSENIASE ☐
HEMORRAGIA ☐
HEMOFILIA ☐
HIPERTENSÃO ☐

PSICOPATIA ☐
TUBERCULOSE ☐
TIPO DE SANGUE ☐

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

09/11/18

Pt. 160x90 mmHg

teguarim

Paciente relata dor de dente.
Relata dor no MI direito. Não há
febre. Não há náusea, vômito, B.O.
AR: M + 10/18, A 4, BPF 270
de acordo com o Sinaclor

- (D) - Condição 50 mg 01x 1x
- Dipirona 01 comprimido 1x 1x
- Paracetamol 01 comprimido 1x 1x, 1x 2x e 1x 3x
- Dexametasona 4,0 mg 1x 1x, 1x 2x e 1x 3x
- D.P., 1x 50 mg 1x 1x e 1x 2x

Resposta F. de Carvalho
Médico
CRM 5826

09.11.18

16h 30h, Adm. PRU.

ME. Blume



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência a Saúde

6 JAN 2019

Nº DE
INSC.

57360

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Valdir Amaral Alves

DATA

30.11.18

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO:

14.03.90

SEXO: M

FILIAÇÃO:

PAI: Erisvaldo de Jesus Alves

MÃE: Waldilene Amaral da Silva Alves

ENDEREÇO:

Rua Santa Rosa

REFERÊNCIA:

P. Rocha

PROFISSÃO:

Trabalhador

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA

CARDIOPATIA

DIABETES

EPILEPSIA

NAO

HANSENIASE

HEMORRAGIA

HEMOFILIA

HIPERTENSÃO

PSICOPATIA

TUBERCULOSE

TIPO SANGUINIO

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

PA - 120x80 - - 14

Revisão de x do trabalho diagnóstico
Fetura e fôntes de trabalho, Encomendado para Revisão
de Italeva.

Revisão F. de Carvalho
Médico
CRM SE 9526

09:

DADOS DO PACIENTE

NOME: Veldin Amarel Alves

SEXO ☐ FEM. ☒ MASC. IDADE: 28 ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

RESPONSÁVEL: _____

DESTINO DO PACIENTE: Hospital Regional de Itabirato

DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Paciente admitido quadro de dor e refluxo com história de
anestesia de M.I. recente. No Pico - 8 apresentando quadro
de fibrilha.

Transtorno

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Não foram feitas medicações

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Não foram interpretadas

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

UPA 24h Pico Redondo

Unidade Hospitalar

10/11/18

Local e Data

Rosângela F. de Carvalho
Médico
CRM SE 5026

Ass. do Médico

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 593114
CNS:DATA: 10/11/2018 HORA: 11:49 USUARIO: BAOLIVEIRA
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : VALDIR AMARAL ALVES
IDADE.....: 28 ANOS NASC: 14/09/1990
ENDereco.....: POV SANTA ROSA DO ERMILIO
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: POCO REDONDO UF: SE
NOME PAI/MAE...: ERISVALDO DE JESUS ALVES CEP....: 49810-000
RESPONSAVEL....: IRMA /WALDILENE AMARAL DA SILVA ALV
PROCEDENCIA....: POCO REDONDO - SE TEL....: 998182644
ATENDIMENTO....: TORCAO MEMBROS INFERIORES
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO TRAUMA: NAO

PA: [X] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Dr. Vinicius Sobral
Ortopedista
CRM-SE 5189

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO HORA DA SAIDA: :
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO







RECEITUÁRIO

Nome: Valdire Amaral Alves

Relatório médico

Paciente sofreu acidente de moto há quase 3 meses, com fratura de H.I.D., realizou imobilização e foi indicado fisioterapia. Apresenta edema em tornozelo D. RX de pé e tornozelo D (04/02/19): fratura óssea.

V284


Dra. Ingrid Xavier de Assis
Médica
CRM/SE 6026

Ass. e Carimbo / CRM

04 / 02 / 19

Data



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE
INSC.

16 JAN 2019

573

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Valdir Amaral Alves

DATA:

09/11/20

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO:

14/09/90
28 anos

SEXO:

M

FILIAÇÃO:

PAI: Erisvaldo de Jesus Alves

MÃE: Walcilene Amaral da Silva Alves

ENDEREÇO:

POV. Santa Rosa

REFERÊNCIA:

PROFISSÃO:

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA ☐
CARDIOPATIA ☐
DIABETES ☐
EPILEPSIA ☐

HANSENIASE ☐
HEMORRAGIA ☐
HEMOFILIA ☐
HIPERTENSÃO ☐

PSICOPATIA ☐
TUBERCULOSE ☐
TIPO DE SANGUE ☐

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

09/11/18

Pt. 160x90 mmHg

teguarim

Paciente relata dor de dente.
Relata dor no M1 direito. Mede a dor
em 10 cm. Mede a dor em 10 cm. Mede a dor em 10 cm.
AR: M + 10/10, A + 10/10, B + 10/10, C + 10/10.
De acordo com o relato.

- (D) - Condição 50 mg 01x 10
- Dipirona 01 mg 1 A D E U
- Paracetamol 01 mg 1 A D E U
- Dose de 4, 2 mg 1 A D E U
- Dose de 50 mg 1 A D E U

Resposta F de Carvalho
Médico
CRM 5826

09.11.18

16:30h, Adm. PRU.
M.B. Blum



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência à Saúde

6 JAN 2019

Nº DE
INSC.

57360

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Valdir Amaral Alves

DATA

30.11.18

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO:

14.03.90

SEXO:

PM

FILIAÇÃO:

PAI: Erisvaldo de Jesus Alves

MÃE: Waldilene Amaral da Silva Alves

ENDEREÇO:

Rua Santa Rosa

REFERÊNCIA:

P. Rocha

PROFISSÃO:

Trabalhador

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA

CARDIOPATIA

DIABETES

EPILEPSIA

NAO

HANSENIASE

HEMORRAGIA

HEMOFILIA

HIPERTENSÃO

PSICOPATIA

TUBERCULOSE

TIPO SANGUINIO

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

PA - 120x80 - - hg

Revis - x do sangue direito
Fretado e liberto direito, Encomendado para exame
de Icteria.

Esticardo F. de Carvalho
Médico
CRM SE 9526

09:

DADOS DO PACIENTE

NOME: Veldin Amarel Alves

SEXO ☐ FEM. ☒ MASC. IDADE: 28 ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

RESPONSÁVEL: _____

DESTINO DO PACIENTE: Hospital Regional de Itabirato

DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Paciente admitido quadro de dor e refluxo com história de
anestesia de M.I. recente. No Pico - 8 apresenta quadro
de fibrilha.

Transtorno

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Não foram feitas medicações

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Não foram interpretadas

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

UPA 24h Pico Redondo

Unidade Hospitalar

10/11/18

Local e Data

Rosário F. de Carvalho
Médico
CRM SE 5026

Ass. do Médico

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 593114
CNS:DATA: 10/11/2018 HORA: 11:49 USUARIO: BAOLIVEIRA
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : VALDIR AMARAL ALVES
IDADE.....: 28 ANOS NASC: 14/09/1990
ENDERECO.....: POV SANTA ROSA DO ERMILIO
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: POCO REDONDO UF: SE
NOME PAI/MAE...: ERISVALDO DE JESUS ALVES CEP....: 49810-000
RESPONSAVEL....: IRMA /WALDILENE AMARAL DA SILVA ALV
PROCEDENCIA....: POCO REDONDO - SE TEL....: 998182644
ATENDIMENTO....: TORCAO MEMBROS INFERIORES
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO TRAUMA: NAO

PA: [X] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Dr. Vinicius Sobral
Ortopedista
CRM-SE 5189

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO HORA DA SAIDA: :
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO







RECEITUÁRIO

Nome: Valdire Amaral Alves

Relatório médico

Paciente sofreu acidente de moto há quase 3 meses, com fratura de H.I.D., realizou imobilização e foi indicado fisioterapia. Apresenta edema em tornozelo D. RX de punho D (04/02/19): fratura ossa.

V284


Dra. Ingrid Xavier de Assis
Médica
CRM/SE 6026

Ass. e Carimbo / CRM

04 / 02 / 19

Data

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Relatório médico

Paciente Valdir Amaral Alves sofreu acidente de moto há 4 meses, com fratura de perna D. Realizado tratamento com imobilização e fisioterapia. No momento, assintomático, com mobilização preservada.


Dr. Ingrid Xavier de Assis
Médica
CRM/SE 6026

Ass. e Carimbo / CRM

12 / 03 / 19

Data

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0102248/19

Vítima: VALDIR AMARAL ALVES

CPF: 054.056.075-84

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 09/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDIR AMARAL ALVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

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

VALDIR AMARAL ALVES : 054.056.075-84

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/03/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2019
Nome: RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 011.995.625-05

RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190230896

Vítima: VALDIR AMARAL ALVES

Data do Acidente: 09/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDIR AMARAL ALVES

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, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190230896

Vítima: VALDIR AMARAL ALVES

Data do Acidente: 09/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VALDIR AMARAL ALVES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 054.056.075-84 Nome completo da vítima: Valdir Amaral Alves

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

Nome completo: Valdir Amaral Alves CPF: 054.056.075-84
Profissão: Lavrador Endereço: Povo Santa Rosa do Burinho Número: 51N Complemento: Casa
Bairro: Zona Rural Cidade: Povo Redondo Estado: SE CEP: 49.810-000
E-mail: maneco.dufloia@gmail.com Tel (DDD): 19.9918.9207

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4137 8 CONTA: 12386 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Autorizo a Seguradora 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.

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, §3º, 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Povo da Aurora 08.01.19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE

6 JAN 2019



DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO REDONDO

RUA NOVA, CENTRO FONE: (79)3337-1757 EMAIL: depol.pocoredondo@pc.se.gov.br

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06578.0-000717

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO REDONDO

Endereço: RUA NOVA, CENTRO FONE: (79)3337-1757 EMAIL: depol.pocoredondo@pc.se.gov.br

FATO

Data e Hora do Fato: 09/11/2018 - 17:30 até 09/11/2018 - 17:30

Endereço: Número: Complemento: CEP: 49810-000

Bairro: POVOADO STA ROSA DO ERMÍRIO Cidade: POCO REDONDO - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO REDONDO

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO



VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: VALDIR AMARAL ALVES

Nome do pai: ERISSALDO DE JESUS ALVES Nome da mãe: WALDILENE AMARAL DA SILVA ALVES

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 21042446 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: POCO REDONDO Data de nascimento: 14/09/1990 Sexo: Feminino Cor da cutis: Parda

Profissão: AGRICULTOR Estado civil: Casado Grau de instrução: 2º Grau Incompleto

Endereço: POV.STA ROSA DO ERMÍRIO - RUA RIO GRANDE DO SUL Número: 39 Complemento:

CEP: 49000 Bairro: Z RURAL Cidade: POCO REDONDO UF: SE

Proximidades: Telefone: (79)99818-2644

HISTÓRICO

NARRA O NOTICIANTE que trafegava pilotando uma motocicleta pela Rodovia Estadual que dá acesso ao Povoado Santa Rosa de Ermirio, quando na altura do cemitério local, ao se desviar de um animal que cruzou a via, perdeu o controle vindo a cair; QUE foi socorrido por populares e conduzido a UPA POÇO REDONDO com fraturas na tibia da perna direita, sendo posteriormente transferido ao Hospital da cidade de Itabaiana; QUE a motocicleta se trata de uma HONDA/CG 150 FAN ESI cor PRETA ano 2012 placa DEM6537/SE chassi 9C2KC1670CR604790 renavam 00490434177 em nome de RANGEL TELES SANTOS. Registra o boletim de ocorrência para fins de seguros DPVAT. É o relato.

Data e hora da comunicação: 22/11/2018 às 10:52

Última Alteração: 22/11/2018 às 10:48.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Valdir Amaral Alves
VALDIR AMARAL ALVES
Responsável pela comunicação

Jose Roberto de Melo Santos
Jose Roberto de Melo Santos
Responsável pelo preenchimento



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE
INSC.

6 JAN 2019

573

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Valdir Amaral Alves

DATA:

09/11/20

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO:

14/09/90
28 anos

SEXO:

M

FILIAÇÃO:

PAI:

Erisvaldo de Jesus Alves

MÃE:

Waldilene Amaral da Silva Alves

ENDEREÇO:

Pol. Santa Rosa

REFERÊNCIA:

PROFISSÃO

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA ☐
CARDIOPATIA ☐
DIABETES ☐
EPILEPSIA ☐

HANSENIASE ☐
HEMORRAGIA ☐
HEMOFILIA ☐
HIPERTENSÃO ☐

PSICOPATIA ☐
TUBERCULOSE ☐
TIPO DE SANGUE ☐

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

09/11/18

Px. 160x90 mmHg

teguarom

Paciente relatou queda de peso.
Relato de no M.T. bruto. Músculos
normais. Músculo esquelético mediano B. B.
AR: M. 10/18, 14/1, B. 27/18
de peso relatou bruto

- 101 - Contato 50 mg 01/11/18
- Dipropil 01/11/18 7 10/11/18
- Prednisona 01/11/18 10/11/18, 14/11/18
- Prednisona 4, 10/11/18 14/11/18
- 10/11/18 14/11/18 14/11/18

Assinatura de Carvalho
Médico
CRM 5826

09.11.18

16h 30h, Adm. PRU.

AB. Blum



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE
INSC.

16 JAN 2019

573

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Valdir Amaral Alves

DATA:

09/11/20

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO:

14/09/90
28 anos

SEXO:

M

FILIAÇÃO:

PAI: Erisvaldo de Jesus Alves

MÃE: Waldilene Amaral da Silva Alves

ENDEREÇO:

POV. Santa Rosa

REFERÊNCIA:

PROFISSÃO:

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA ☐
CARDIOPATIA ☐
DIABETES ☐
EPILEPSIA ☐

HANSENIASE ☐
HEMORRAGIA ☐
HEMOFILIA ☐
HIPERTENSÃO ☐

PSICOPATIA ☐
TUBERCULOSE ☐
TIPO DE SANGUE ☐

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

09/11/18

Pt. 160x90 mmHg

teguarim

Paciente relata dor de dente.
Relata dor no M1 direito. Mede 160x90 mmHg.
Mede 160x90 mmHg. Mede 160x90 mmHg. Mede 160x90 mmHg.
AR: M + 10/12, A + 10/12, B + 10/12, C + 10/12.
De acordo com o relato.

- (D) - Condição 50 mg 01 mg 01 mg
- Hipertensão 01 mg 10 mg 10 mg
- Pulso de 01 mg 10 mg 10 mg 10 mg 10 mg
- Pressão Arterial 4, 20 mg 10 mg 10 mg 10 mg
- 01 mg 10 mg 10 mg 10 mg 10 mg 10 mg

Resposta F de Carvalho
Médico
CRM 5826

09.11.18

160x90 mmHg, Adm PRU.

ME-Blum



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência à Saúde

6 JAN 2019

Nº DE
INSC.

57360

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Valdir Amaral Alves

DATA

30.11.18

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO:

14.03.90

SEXO: M

FILIAÇÃO:

PAI: Erisvaldo de Jesus Alves

MÃE: Waldilene Amaral da Silva Alves

ENDEREÇO:

Rua Santa Rosa

REFERÊNCIA:

P. Rocha

PROFISSÃO:

Trabalhador

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA

CARDIOPATIA

DIABETES

EPILEPSIA

NAO

HANSENIASE

HEMORRAGIA

HEMOFILIA

HIPERTENSÃO

PSICOPATIA

TUBERCULOSE

TIPO SANGUINIO

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

PA - 120x80 - - hg

Revisão de x do trabalho diagnóstico
Fetura e fôntes de leite, Encomendado para Revisão
de Italeva.

Residência F. de Carvalho
Médico
CRM SE 9526

09:

DADOS DO PACIENTE

NOME: Veldin Amarel Alves

SEXO ☐ FEM. ☒ MASC. IDADE: 28 ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

RESPONSÁVEL: _____

DESTINO DO PACIENTE: Hospital Regional de Itabirato

DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Paciente admitido quadro de dor e refluxo com história de
anestesia de M.I. recente. No Pico - 8 apresentando
de fibrilha.

Transtorno

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Não foram feitas medicações

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Não foram interpretadas

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

UPA 24h Pico Redondo

Unidade Hospitalar

10/11/18

Local e Data

Rosângela F. de Carvalho
Médico
CRM SE 5026

Ass. do Médico

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 593114
CNS:DATA: 10/11/2018 HORA: 11:49 USUARIO: BAOLIVEIRA
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : VALDIR AMARAL ALVES
IDADE.....: 28 ANOS NASC: 14/09/1990
ENDERECO.....: POV SANTA ROSA DO ERMILIO
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: POCO REDONDO UF: SE
NOME PAI/MAE...: ERISVALDO DE JESUS ALVES CEP....: 49810-000
RESPONSAVEL....: IRMA /WALDILENE AMARAL DA SILVA ALV
PROCEDENCIA....: POCO REDONDO - SE TEL....: 998182644
ATENDIMENTO....: TORCAO MEMBROS INFERIORES
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO TRAUMA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Dr. Vinicius Sobral
Ortopedista
CRM-SE 5189

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO HORA DA SAIDA: :
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



