

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OSVALDO FERREIRA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03893

CONTA: 000000004450-0

Nr. da Autenticação 3362B15BA359E3FB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190632905 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSVALDO FERREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 25/07/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO E 1º METATARSO A DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (++/+4), FORÇA MUSCULAR DO MESO E ANTE PÉ DIMINUÍDA (++++/+5) EM VIRTUDE DA DOR, AUMENTO DO VOLUME DO 5º METATARSO E DA 5ª ARTICULAÇÃO METATARSO FALANGIANA (CALO ÓSSEO) EVIDENCIADO A PALPAÇÃO, DOR E BLOQUEIO MODERADO DO TORNOZELO, RETRO E ANTE PÉ, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO TORNOZELO E DE FLEXÃO, EXTENSÃO, EVERSÃO E INVERSÃO DO PÉ.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/11/2019

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190632905
Nome do(a) Examinado(a): Osvaldo Ferreira de Araujo
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Lagoa do Rancho, S/N Casa
Area Rural Poco Redondo SE CEP: 49810-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 357.660
Data local do acidente: [25/07/2019]
Data local do exame: [22/11/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE TORNOZELO E 1º METATARSO A DIREITA.

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO COM BOTA GESSADA DA FRATURA DE TORNOZELO E 1º METATARSO A DIREITA.

Complicações: BLOQUEIO MODERADO DO TORNOZELO, RETRO E ANTE PÉ, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO.

Data da Alta: 26/07/2019

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (++/+4), FORÇA MUSCULAR DO MESO E ANTE PÉ DIMINUIDA (++++/+5) EM VIRTUDE DA DOR, AUMENTO DO VOLUME DO 5º METATARSO E DA 5ª ARTICULAÇÃO METATARSO FALANGIANA (CALO ÓSSEO) EVIDENCIADO A PALPAÇÃO, DOR E BLOQUEIO MODERADO DO TORNOZELO, RETRO E ANTE PÉ, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO TORNOZELO E DE FLEXÃO, EXTENSÃO, EVERSÃO E INVERSÃO DO PÉ.

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE EM PÉ DIREITO.

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

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

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

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

UPA24hESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**RECEITUÁRIO**Nome: Uzeildo Ferreira de Azevedo

Receita prescrita pelo médico do tor-
toro direito há 27 dias e 15 dias
em tratamento conservador de unidade de
reletores para uma lesão de DDLA
por acidente de trabalho

CID : J82.4

INVESTPREV

24 SET 2019

Ass. e Carimbo / CRM

Data



UNIDADE MISTA DE SAÚDE D. ZULMIRA SOARES

GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

DADOS DO PACIENTE

NOME: Quilto Maria de Araújo
SEXO: ☐ FEM. ☒ MASC. IDADE: 11 ESTADO CIVIL: solteira
ENDEREÇO: log. Litorâneo FONE:
RESPONSÁVEL:
DESTINO DO PACIENTE: Hospital Regional de Itaboraí

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

lesão de quebra de metacarpo (2º dedo da mão
esquerda), com fratura completa e deslocada no
terço médio e lesão parcial de falange proximal
90 mmHg

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Analgesia 100

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

destruição da articulação

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

Unidade Hospitalar

Ass. do Médico

Dr. Robson

25-07-19

15:05 H

PREFEITURA MUNICIPAL
POÇO REDONDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE INSC.

85473

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

OSVH do

Ferreira de Araújo

DATA: 25.07.19

DATA DE NASCIMENTO: 25.03.48 SEXO: M

MANOEL FERREIRA DE ARAÚJO
AVIOLA MARIA DA CONCEIÇÃO

POV. S. Rosa
Agricultor

REFERÊNCIA: P. REDONDO

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

HANSENIASE

HEMORRAGIA

HEMOFILIA

HIPERTENSÃO

PSICOPATIA

TUBERCULOSE

TIPO DE SANGUE

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

PA: 160 x 100 mmHg
HGT:

15:15hrs - Paciente deu entrada nesta unidade vítima de queda de motocicleta (colidiu com um carro). Queixando-se de dor no MMID. Ao exame: BCG, consciente, orientado, apresentando lesão com contusão de grande extensão no polegar direito, escoriação em perna direita e possível fratura em Hálux direita. Realizado curativo compressivo em membro afetado. Foi seguida encaminhado para avaliação de cirurgia geral no Hospital de Itaboraí.

INVESTPREV

24 SET 2019

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Oswaldo Ferreira De Araujo
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Marido, portador da cédula
de identidade RG nº 357660, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 065.495.354-68, residente na (endereço
completo) Rua Lagoa Do Riacho, na cidade de
Paco Roberto, (UF) SE, CEP 49.810-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Francisco D. O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua Dos Sulpes, na cidade de
N. Sra Da Glória, (UF) SE, CEP 49.680-000, a quem confiro
amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Oswaldo Ferreira De Araujo
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) N. Sra Da Glória 09.09.19



(assinatura) Oswaldo Ferreira De Araujo
(RG) 357660

INVESTPREV

11 SET 2019

OBS: (a assinatura deve ser rec



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190632905

Vítima: OSVALDO FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 25/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), OSVALDO FERREIRA DE ARAUJO

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, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190632905

Vítima: OSVALDO FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 25/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), OSVALDO FERREIRA DE ARAUJO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190632905

Vítima: OSVALDO FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 25/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), OSVALDO FERREIRA DE ARAUJO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **OSVALDO FERREIRA DE ARAUJO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003893**

Conta: **000004450-0**

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.

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	065.495.354-68	Oswaldo Ferreira De Araujo	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Oswaldo Ferreira De Araujo		065.495.354-68	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Jarandim	Rua Jagau Do Rincão	518	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Zona rural	Paco Redondo	SE	49.810-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
marcoalexandria@gmail.com	79.99189207		

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

RENDAS 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: 3893 ☐ CONTA: 4450 ☐ 0

(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, §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

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	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		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.

Local e Data: Pl. São João Gloria 09-09-19

Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Oswaldo Ferreira De Araujo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

INVESTPREV

Assinatura

11 SET 2019

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
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 084193/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/08/2019 09:35

Data/Hora Fim: 13/08/2019 10:02

Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo

Data/Hora do Fato: 25/07/2019 14:30

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)

Bairro: Povoado Sta Rosa

Logradouro: PROXIMO AO ANTIGO MATADOURP

CEP:49.820-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADALRO VIEIRA DE MELO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PE - Lagoa do Ouro

Sexo: Masculino

Nasc: 30/06/1969

Profissão: Guarda Municipal/Civil

Estado Civil: Viúvo(a)

Nome da Mãe: Maria Vieira de Melo

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1017690

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

Logradouro: RUA PROJETADA

Nº: 210

Complemento: CONDOMINIO MAIS VIVER ATLANTICO BLOCO 04 APART 02

Bairro: ROSA ELZE

CEP: 49.820-000

Telefone: (79) 99963-4586 (Celular)

INVESTPREV

24 SET 2019

Nome Civil: OSVALDO FERREIRA DE ARAUJO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PE - Lagoa do Ouro

Sexo: Masculino

Nasc: 21/03/1948

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Viúvo(a)

Nome da Mãe: Aurora Maria da Conceição

Nome do Pai: Manoel Ferreira de Araujo

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

Logradouro: Povoado Lagoa do Gameleiro

Complemento: estrada de Santa Rosa do Ermirio

CEP: 49.820-000

Telefone: (79) 99678-7007 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 0841052019

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição PAS/MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 065.495.354-68
Placa OEK0644	Renavam 00467436347
Número do Motor KD05E5C580901	Número do Chassi 9C2KD0550CR580901
Ano/Modelo Fabricação 2012/2012	Cor VERMELHA
UF Veículo Sergipe	Município Veículo Poço Redondo
Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Osvaldo Ferreira de Araujo	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

NARRA o noticiante que o seu genitor, OSVALDO FERREIRA DE ARAÚJO, pilotava a sua motocicleta pela rodovia estadual que dá acesso ao Povoado Santa Rosa do Ermirio, quando nas proximidades do antigo matadouro, veio a colidir na traseira de um veículo de passeio que estava parado as margens da rodovia; QUE devido a colisão, a vítima sofreu lesões na perna direita e braço esquerdo, sendo socorrido e conduzido a UPA DONA ZULMIRA SOARES em uma ambulância do município, de onde foi transferido para o Hospital Regional da cidade de Itabaiana. É o relato.

ASSINATURAS

Cleber Martins da Silva
Agente de Polícia
Matrícula 4712682
Responsável pelo Atendimento

Adalro Vieira de Melo
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração, que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

24 SET 2019

Dr. Robson

25-07-19

15:05 H

PREFEITURA MUNICIPAL
POÇO REDONDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência à Saúde

Nº DE INSC.

85473

ATO

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZILMIRA SOARES

Osvaldo

Ferreira de Araújo

DATA: 25/07/19

DATA DE NASCIMENTO: 25/03/48 SEXO: M

MANOEL FERREIRA DE ARAUJO
AVULSO MATIA DA CONCEICAO

POU P. Rosa
Agricultor

REFERÊNCIA: P. REDONDO

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

HANSENIASE
HEMORRAGIA
HEMOFILIA
HIPERTENSÃO

PSICOPATIA
TUBERCULOSE
TIPO DE SANGUE

EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

PA: 160 x 100 mmHg
HGT:

15:15hrs - Paciente deu entrada na unidade vítima de queda de motocicleta (colidiu com um carro). Queixando-se de dor no MMID. Ao exame: BCG, consciente, orientado, apresentando lesão com contusão de grande extensão no polegar direito, escoriação em punho direito e possível fratura em 1º Metacarpo. Realizado curativo compressivo em 1º Metacarpo. Foi seguida encaminhado para avaliação de cirurgia geral no Hospital de Itaboraí.

INVESTPREV

24 SET 2019