Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200009050 **Vítima: SANDRO LOPES ALMEIDA**

Data do Acidente: 15/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDRO LOPES ALMEIDA

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

Pag. 00079/00080 - carta_01 - INVALIDEZ
00030040
Carta nº 15365758

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200009050 **Vítima: SANDRO LOPES ALMEIDA**

Data do Acidente: 15/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SANDRO LOPES ALMEIDA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200009050 **Vítima: SANDRO LOPES ALMEIDA**

Data do Acidente: 15/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SANDRO LOPES ALMEIDA

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$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R$ 4.725,00

Recebedor: **SANDRO LOPES ALMEIDA**
Valor: **R$ 4.725,00**
Banco: **104**
Agência: **000003544**
Conta: **0000014009-9**
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

Pag. 01189/01190 - carta_15R - INVALIDEZ
00020595

Seguradora LÍDER

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: 055.113.844-02

4 - Nome completo da vítima: SANDRO LOPES ALMEIDA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: SANDRO LOPES ALMEIDA

6 - CPF: 055.113.844-02

7 - Profissão: CARPINTEIRO

8 - Endereço: RUA FLORIANO QUEIROZ COUTINHO

9 - Número: 401

10 - Complemento:

11 - Bairro: BARRA-GRANDE

12 - Cidade: MARAGOGI

13 - Estado: AL

14 - CEP: 57955-000

15 - E-mail: Sla_lopes@outlook.com

16 - Tel.(DDD): (82)98744-3207

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: SANDRO LOPES ALMEIDA

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: 3544 (03) (Informar o dígito se existir) CONTA: 00014009 (9) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome:
CPF:

39 - 2º | Nome:
CPF:

Autorização de pagamento

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Maragogi 28 de agosto 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Seguradora LÍDER

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: 055.113.844-02

4 - Nome completo da vítima: SANDRO LOPES ALMEIDA

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo: SANDRO LOPES ALMEIDA

6 - CPF: 055.113.844-02

7 - Profissão: CARPINTEIRO

8 - Endereço: RUA FLORIANO QUEIROZ COUTINHO

9 - Número: 401

10 - Complemento:

11 - Bairro: BARRA-GRANDE

12 - Cidade: MARAGOGI

13 - Estado: AL

14 - CEP: 57955-000

15 - E-mail: sla.lopes@outlook.com

16 - Tel.(DDD): 82/98744-3207

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: SANDRO LOPES ALMEIDA

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: 3544 (013) CONTA: 00014009 (9)
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:

39 - 2ª | Nome:
CPF:

Autorizacao de pagamento

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Maragogi 28 de agosto 2019

44 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

POLÍCIA MILITAR DE ALAGOAS
COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA (BPRv)

BOAT Nº 297/ 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

LOCAL: Rodovia AL 101 Norte, Maragogi/AL — CÓD. DA VIA PRINCIPAL:
PONTO DE REF./CRUZ.: Em frente ao Hotel Chalés
BAIRRO: — DATA: 16/05/2019 — HORA: 17:10 — DIA SEMANA: Quarta-feira

TIPO DE ACIDENTE
- TOMBAMENTO [ ] — SAÍDA DE PISTA [ ]
- INCÊNDIO [ ] — CAPOTAMENTO [ ]
- COLISÃO: FRONTAL [ ] — LONGITUDINAL [ ] — TRASEIRA [ ] — TRANSVERSAL [X]
- ATROPELAMENTO: PEDESTRE [ ] — ANIMAL [ ]

CHOQUE: POSTE [ ] — ÁRVORE [ ] — ENFRENTAMENTO [ ] — CASAMURO [ ] — VEÍCULO PARADO [ ] — OUTROS [ ]

AÇÃO DO CONDUTOR – INDICAR O VEÍCULO
- NÃO MANTEVE A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA [ ] — EXCESSO VELOCIDADE [ ]
- ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA [ ] — CONTRAMÃO DIREÇÃO [ ]
- MUDANÇA SÚBITA DE FAIXA DE DIREÇÃO [ ] — AVANÇO SEMÁFORO [ ]
- CONV. INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO [ ] — FALTA DE ATENÇÃO [ ]
- DESRESPEITO AO SINAL "PARE" OU DÊ A PREFERÊNCIA [ ]
- OUTRAS (ESPECIFICAR):

COND. PRESUMÍVEIS DOS CONDUTORES

	V1	V2	V3	V4
APARÊNCIA NORMAL	X	X		
APARÊNCIA SONOLENTA				
SINTOMAS EMBRIAGUEZ				
PERMANECEU NO LOCAL	X	X		
SOCORREU A VÍTIMA				
EVADIU-SE DO LOCAL				
USO CINTO DE SEGURANÇA				
NÃO USAVA CINTO DE SEG.				
SOCORRIDO				

TEMPO: CLARO [X] — NUBLADO [ ] — CHUVOSO [ ] — OUTROS [ ]

PAVIMENTO: ASFALTO [X] — CONCRETO [ ] — PARALELEPÍPEDO [ ] — CASCALHO [ ] — OUTROS [ ]

CLASSIFICAÇÃO: COM VÍTIMAS [ ] — DANOS MATERIAIS [ ] — VÍT. S/ DANOS MAT. [X]

LUMINOSIDADE: AMANHECER [ ] — DIA [ ] — ENTARDECER [X] — NOITE [ ] — C/ ILUM. PÚBLICA [ ] — S/ ILUM. PÚBLICA [ ]

CONDIÇÕES DE TRÁFEGO
- LARGURA DA PISTA:
- Nº DE FAIXAS DE ROLAMENTO:
- HÁ SEPARAÇÃO DE PISTAS? SIM [ ] NÃO [ ]
- SIM, ESPECIFICAR:
- SEPARAÇÃO: LINHA SEDCORADA [ ] — CONTÍNUA [ ]
- VIA DE DIREÇÃO ÚNICA? SIM [ ] NÃO [ ]
- VIA PREFERENCIAL? SIM [ ] NÃO [ ]
- VELOCIDADE PERMITIDA: Km/h

CONDIÇÕES DA PISTA: COM AREIA [ ] — SECA [ ] — MOLHADA [ ]

SINALIZAÇÃO: PARE [ ] — DÊ A PREFERÊNCIA [ ] — FAIXA DE PEDESTRE [ ] — ONDULAÇÃO TRANSVERSAL [ ] — SENTIDO ÚNICO [ ]

SEMÁFOROS: NORMAL [ ] — INTERMITENTE [ ] — DESLIGADO [ ] — OUTRA SINALIZAÇÃO (ESPECIFICAR):

VEÍCULO 1
PLACA: PGN 3523 PE — MARCA/MOD.: Hyundai HB20 — COR: Branca
RENAVAN: 593.914.465 — CHASSI Nº:
ESPÉCIE: DE PASSAGEIROS [X] — MISTO [ ] — TRAÇÃO [ ] — VAN [ ] — CAMINHONETE [ ]; DE CARGA [ ] — TÁXI [ ] — ESPECIAL [ ] — ÔNIBUS [ ]
PROPRIETÁRIO: Maria de Lourdes Marques de Souza
ENDEREÇO:
CONDUTOR: Daydid Alison dos Santos (82)99920-2580 — CPF:
ENDEREÇO: Rua José Benedito de Freitas, nº132, Maragogi/AL
NASCIMENTO: 23/12/1995 — C.N.H. REG.: 071.073.314.43 — CATEGORIA: B — DATA DE VENCIMENTO:
PROCEDÊNCIA E DESTINO DO VEÍCULO: Maragogi/AL a São José da Coroa Grande/PE
DANOS MATERIAIS: Pequena monta
VEL. DE ESTIMADA: Km/h — LEITURA DO ETILÔMETRO SUPERIOR A 0,33 mg/L? SIM [ ] NÃO [ ] — USAVA CINTO OU CAPACETE? SIM [ ] NÃO [ ]

Boletim de ocorrencia

VEÍCULO 2
PLACA: KKE 8110 PE — MARCA/MOD.: Honda NX-4 Falcon — COR:
RENAVAN: 813.509.890 — CHASSI Nº: 9C2ND07003R103392
ESPÉCIE: PASSAGEIROS [ ] — MISTO [ ] — TRAÇÃO [ ] — VAN [ ] — CAMINHONETE [ ] — BICICLETA [ ] — CARROÇA [ ]; CARGA [ ] — COMPETIÇÃO [ ] — ESPECIAL [ ] — ÔNIBUS [ ] — MOTOCICLETA [X] — OUTROS [ ]
PROPRIETÁRIO: Luis Carlos da Silva
ENDEREÇO:
CONDUTOR: Sandro Lopes Almeida (82)99124-5849
ENDEREÇO: Rua Floriano Queiroz Coutinho, nº401, Barra Grande, Maragogi/AL
NASCIMENTO: 04/06/1984 — C.N.H. Nº: 066.840.505.28 — CATEGORIA: A — DATA DE VENCIMENTO: 11/05/2021
PROCEDÊNCIA E DESTINO DO VEÍCULO: Maragogi/AL a São José da Coroa Grande/PE
DANOS MATERIAIS: Grande monta
VEL. DE ESTIMADA: Km/h — LEITURA DO BAFÔMETRO SUPERIOR A 0,60 mg/L? SIM [ ] NÃO [ ] — USAVA CINTO OU CAPACETE? SIM [ ] NÃO [ ]

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO GRATUITO

RECEBIDO 02 SET 2019 — Secretaria Líder DPVAT

POLÍCIA MILITAR DE ALAGOAS — BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA — CONFERE COM O ORIGINAL — 17/07/19 — P/2 e P/3 DO SPRJ — 3º SGT PM — Lina SGB PM

POLÍCIA MILITAR DE ALAGOAS
COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA (BPRv)

B.O.A.T. Nº 297/ 2019

POLÍCIA MILITAR DE ALAGOAS
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
CONFERE COM O ORIGINAL
17 | 07 | 19
Pr2 e P/3 DO BPRv
3º SGT BM
Flávio Luna Lins SGT PM
RGPM/AL 04.590-002
Mat. 95600
Aux. da P/3

- Automovel, Kombi e Utilitários
- ---- Trajeto antes do Acidente
- Ѫ Animal
- Capotagem
- ☐ Caminhão, Carreta e Caminhonete
- ∿ Derrapagem
- ═ Frenagem
- --- Trajeto após o Acidente
- ✹ Ponto do Impacto
- Pedestre, Cadáver
- ✛ Indícios
- ▯ Ônibus
- ○ Placa
- Tombamento
- ▭ Objeto fixo
- Bicicleta

Consoante levantamento feito no local do sinistro, supõe-se que V-1 e V-2 trafegavam na Rodovia AL 101 Norte, no mesmo sentido direcional, Maragogi/AL a São José da Coroa Grande/PE, quando em frente ao Hotel Chalés, V-1 parou no acostamento à direita e ao efetuar uma manobra de conversão à esquerda, obstruiu a passagem do V-2, consequentemente V-2 veio a colidir transversalmente com V-1.

No acidente houve danos materiais e duas vítimas que foram socorridas pela AR-42 do Corpo de Bombeiros, comandada pelo Sgt BM Braga.

OBS: O croqui não foi confeccionado devido os veículos terem sido retirados do local.
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

VÍTIMA 1
NOME: Daydid Alison dos Santos SEXO: MASCULINO ☒ FEMININO ☐
ENDEREÇO: Rua José Benedito de Freitas, nº132, Maragogi/AL IDADE: 23/12/1995
FERIDO: MASC. ☒ FEM. ☐ MORTE: NO LOCAL ☐ POSTERIOR ☐ TIPO: PEDESTRE ☐ CONDUTOR ☒ PASSAGEIRO ☐

VÍTIMA 2
NOME: Sandro Lopes Almeida SEXO: MASCULINO ☒ FEMININO ☐
ENDEREÇO: Rua Floriano Queiroz Coutinho, nº401, Barra Grande, Maragogi/AL IDADE: 04/06/1984
FERIDO: MASC. ☒ FEM. ☐ MORTE: NO LOCAL ☐ POSTERIOR ☐ TIPO: PEDESTRE ☐ CONDUTOR ☒ PASSAGEIRO ☐

VÍTIMA 3
NOME: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX SEXO: MASCULINO ☐ FEMININO ☐
ENDEREÇO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX IDADE:
FERIDO: MASC. ☐ FEM. ☐ MORTE: NO LOCAL ☐ POSTERIOR ☐ TIPO: PEDESTRE ☐ CONDUTOR ☐ PASSAGEIRO ☐

TESTEMUNHAS
1- NOME: Beroaldo Jose Silva Costa
ENDEREÇO: Rua Dr. Afonso Uchoa, nº57, Matriz de Camaragibe/AL
2- NOME: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
ENDEREÇO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
3- NOME: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
ENDEREÇO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

SD PM Yago 169044

Alyson Marques Passos

YAGO FELYPE DOS SANTOS MELO – SD PM, MAT.169044
Policial responsável pelo levantamento do acidente

Maceió/AL 05/07/2019

ALYSON MARQUES PASSOS - 1º TEN QOC PM MAT. 135-0
P/3 do BPRv

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO GRATUITO

[redacted]

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR

Av Siqueira Campos, 1739, Trapiche da Barra, Maceió-AL, CEP 57010-002
http://www.bombeiros.al.gov.br

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA

Número: 1350
Chave: SSOYB

O CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE ALAGOAS, através de consulta em sua base de dados, certifica que atendeu a vítima identificada como **SANDRO LOPES ALMEIDA**, CPF nº 05511384402, em uma ocorrência do tipo **Acidente de trânsito sem preso as ferragens/Carro x Moto**, conforme dados do Aviso de Ocorrência nº 21668, ocorrida no dia 15/05/2019, aproximadamente às 17:18:25, na(o) AL-101 NORTE, PEROBA, Centro, Maragogi-AL. A vítima foi encaminhada para a unidade de saúde denominada UPA Santo Antônio.

Certidão emitida em 21/05/2019 às 09:59:51.

Esta Certidão deverá ter sua autenticidade comprovada no endereço eletrônico http://www.bombeiros.al.gov.br/certidao ou pelo celular, lendo o QRCODE abaixo:

Documento emitido pelo FÊNIX - Sistema de Gestão Operacional - Conforme Portaria nº 241 de 21/07/2017 (BGO nº 137) do Comando Geral do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Alagoas

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: 06/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDRO LOPES ALMEIDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03544

CONTA: 000000014009-9

Nr. da Autenticação 30B2E429C1AC27EC

Comprovante de residencia

			164,88	164,8
			27,00%	
				44,5
			1,41%	2,3
			6,45%	10,7

INDICADORES DE CONSUMO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminha
parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200009050 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SANDRO LOPES ALMEIDA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO SANDRO LOPES ALMEIDA
CPF/CNPJ: 05511384402

Posição em 11-08-2020 14:10:16
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiári
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R$00.000,00
Juros e Correção: R$00.000,00
Valor Total: R$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/02/2020	R$ 4.725,00	R$ 0,00	R$ 4.725,00

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
14/02/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/AJwF9pVbzszr5uaK0Hk8 api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhEK2FCFEI1udwUgWHX+___Ja0=)
17/01/2020	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ayqRzLIZqxJKa08ZFX1odg= api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhEK2FCFEI1udwUgWHX+___Ja0=)

17/01/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/pfThiMyuqrGL+6zyGpezXQ api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhEK2FCFEl1udwUgWHX+___Ja0=)

(https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

Disponível na App Store (https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8) DISPONÍVEL NO Google Play (https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)

ACESSIBILIDADE

(/Pages/Acessibilidade.aspx) (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(https://www.seguradoralider.com.br)

(https://pt-br.facebook.com/DPVATSeguradoraLider/) (https://twitter.com/dpvat_oficial/) (https://www.youtube.com/channel/UCTf-l%C3%ADder-dpvat)

Serviços

- Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- Mapa do Site (/Mapa-do-Site)

Participo do consumidor.gov.br (https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288)

Termos de uso e política de privacidade (/Pages/Termos-de-Uso.aspx)

Carvalho Beltrão Serviços de Saúde Ltda

CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE DE CORURIPE

Rua Euclides Baeta s/n – Bairro João Carvalho – Fone: 3273-1183 – Coruripe –

C.G.C. 35.642.172/0001-43 – Insc. Est. – Isento

RESUMO DE ALTA

Dados do Paciente

Prontuário: 0 Nome do Paciente: SANDRO LOPES ALMEIDA

CPF: Data de Nascimento: 04/06/1984

Cartão SUS: Idade: 34

Médico: DR. MARCIO ROBERTO

Diagnóstico Inicial: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO E UMERO DIREITO

Diagnóstico Final: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO E UMERO DIREITO

Tratamento Realizado: TRATAMENTO CIRURGICO

Observação: RETIRAR DRENO DE SUCÇÃO+FAZER CURATIVO E TROCAR TALAS

Motivo Alta: ALTA MELHORADO

Data: 03/06/2019 8:00:00 AM

Márcio Roberto V. de Souza
Médico do Esporte
Ortopedia - Traumatologia
CRM-AL 924 SBOT 1962
Assinatura

Documentação médico – hospitalar

HOSPITAL CARVALHO BELTRÃO

Carvalho Beltrão Serviços de Saúde Ltda.
Rua Euclides Baêta, s/nº - João Carvalho - CEP 57230-000
Fone (82) 3273-1183 - Coruripe - Alagoas
CNPJ: 35.642.172/0001-43

RECEITUÁRIO

Atestado para o trabalho
Pl. Sutura tendão Achilles
Incisão posterior ao CP no
669.078-52 com CID no
S 42.2 desde 3 meses
Imobilização
Fisioterapia e cuidados
Cuidados c/ ferida operatória
Suspensão para o trabalho
por 120 dias

Data: 02 / 10 / 13

Márcia Roberto V. de Souza
Médico do Esporte
Ortopedia e Traumatologia
CRMAL 921-SBOT-1021

Carimbo e Assinatura do Médico

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR OSVALDO BRANDÃO VILELA
SECRETARIA HOSPITALAR
Avenida Jorge de Lima, 2095, Trapiche da Barra - Maceió - AL – CEP: 57010-001
Fone: (82) 3315-7364 - CNPJ.: 12.200.259/0001-65

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: SANDRO LOPES ALMEIDA
D. NASCIMENTO: 04.06.84
Nº PRONTUÁRIO 2924351
D. ATENDIMENTO: 15.05.19 ***HORA: 22 h: 41 min***
ALTA: 16.05.19
CID: T00

DIAGNÓSTICO:
- *POLITRAUMA*

TRATAMENTO:
- *CONSERVADOR COM ANALGESIA E REDUÇÃO DAS FRATURAS E IMOBILIZAÇÃO DOM MEMBRO*

ACHADO:
- *PACIENTE DEU ENTRADA NA EMERGENCIA VITIMA DE COLISÃO CARRO/MOTO, TRAZIDO POR AMBULÂNCIA. REFERE USO DE CAPACETE .NEGA DESMAIOS E VOMITOS E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.*
- *QUEIXA SE DE DOR EM MEMBROSSSUPERIORES E PARESTESIA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.*
- *EXAME FISICO EVIDENCIOU GLASGOW 15, FRATURAS EM PUNHO ESQUERDO E MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, DEMAIS SISTEMA SEM ALTERAÇÕES.*

CONDUTA:
- *AVALIAÇÃO E CONDUTA DA CIRURGIA GERAL E ORTOPEDIA*
- *AVALIAÇÃO RADIOLÓGICA*
- *SUPORTE CLÍNICO*
- *ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÃO*

Dr. Gilberto Costa
Cl. Médica/Medicina do Trabalho
CRM 2309 - RQE: 3982

Maceió, 17 de julho de 2019.

OBS.: *Paciente atendido pela equipe médica desta Unidade de Emergência através do Sistema Único de Saúde.*
Neste relatório estão expressas as informações constantes no prontuário.

GOVERNO DO ESTADO ALAGOAS
TRABALHANDO SÉRIO A SERTE CHEGA LÁ

PITAL GERAL DO ESTADO DE ALAGOAS

FICHA DE ATENDIMENTO

...MENTO: 2924351

.. 15/5/2019 HORA: 22:41:00

Certifico que a presente cópia confere com a Original. O referido é verdade. Dou fé. Maceió/AL, 17/07/19 Mat. Nº 864476-4

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: **SANDRO LOPES ALMEIDA**

SEXO: **MAS** RAÇA/COR: **PARDA** DATA NASCTO: **04/06/1984** IDADE: **34 ANOS** CPF: **05511384402**

MÃE: **MARIA JOSE DE LIMA LOPES**

RG

RESPONSÁVEL/COMUNICANTE: **SUSANE LOPES**

NACIONALIDADE: **BRASIL** NATURAL DE: **ALAGOAS** CARTÃO SUS: **898002739027887**

CIDADE: **MARAGOGI/AL** BAIRRO: **BARRA GRANDE**

LOGRADOURO: **RUA FLORIANO QUEIROZ COUTINHO** TELEFONE PACIENTE: **91245849**

OBSERVAÇÕES: **COLISAO CARRO X MOTO EM PEROBA**

DADOS DO ATENDIMENTO

MOTIVO ATENDIMENTO: **COLISAO**

FORMA CHEGADA: **AMBULANCIA-MUNICIPIO**

PROCEDÊNCIA: **MARAGOGI** SETOR: **AREA VERMELHA**

ACIDENTE DE TRABALHO: **NAO** CASO POLICIAL: **SIM** PLANO DE SAÚDE: **NAO** TRAUMA: **SIM**

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

Queixa Principal / História da Doença Atual: Paciente com história de colisão carro-moto trazido pela ambulância. Refere uso de capacete, nega desmaio, vômitos ou náu. Nega alergias, uso de medicamentos, comorbidades ou uso de álcool. Refere dor em MMSS e parestesia em MSE.

Exame Físico:

A → Vias aéreas livres / s/ colar cervical, s/ cervicalgia

B → Eupneico em ar ambiente MV + em AHT, s/RA, FR 15 irpm

C → ACV: RCR, 2T, BNF, s/ SA, FC

D → Glasgow 15

E → Fraturas em punho (E) e MSD.

Exames Complementares: ☒ RAIO-X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC ☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA

Hipótese Diagnóstica:

Fratura de úmero direito / fratura de punho esquerdo

Conduta Clínica

1. Tramadol 50mg em 100mL SF
2. Aval. Cirurgia Geral, digo, Ortopedia
3. Alta da Cir. Geral.

Enfermagem

23

Dr. Fernando Luis da C. Barros
Proctologia
Cirurgia Geral
CRM 3... - AL

CADASTRO ORIGINAL :
Sheilla Maria Silva dos Santos - 15/05/2019 22:41:33

15/05/15 23:40

ortopedia

AS ① Fratura Úmero (D)
② Fratura Rádio Distal (D)

Reto enviado a Maringá.

OS 174.
Mo muito com remissão Pseudo
Preserva o segmento Bruno ②
sem comum em foco de fratura.

OS. ① Bruno cirurgia USD
② Radio + ulna Bruno (E)
③ Intensivo

Fabio Barros
Ortopedista/Traumatologista
CRM/AL - 8759
TEOT 15706 / RQE

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR OSVALDO BRANDÃO VILELA
SECRETARIA HOSPITALAR
Avenida Jorge de Lima, 2095, Trapiche da Barra - Maceió - AL – CEP: 57010-001
Fone: (82) 3315-7364 - CNPJ.: 12.200.259/0001-65

Documentação médica – hospitalar

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: SANDRO LOPES ALMEIDA
D. NASCIMENTO: 04.06.84
Nº PRONTUÁRIO 2924351
D. ATENDIMENTO: 15.05.19 ***HORA: 22 h: 41 min***
ALTA: 16.05.19
CID: T00

DIAGNÓSTICO:
- ***POLITRAUMA***

TRATAMENTO:
- ***CONSERVADOR COM ANALGESIA E REDUÇÃO DAS FRATURAS E IMOBILIZAÇÃO DOM MEMBRO***

ACHADO:
- ***PACIENTE DEU ENTRADA NA EMERGENCIA VITIMA DE COLISÃO CARRO/MOTO, TRAZIDO POR AMBULÂNCIA. REFERE USO DE CAPACETE .NEGA DESMAIOS E VOMITOS E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.***
- ***QUEIXA SE DE DOR EM MEMBROSSSUPERIORES E PARESTESIA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.***
- ***EXAME FISICO EVIDENCIOU GLASGOW 15, FRATURAS EM PUNHO ESQUERDO E MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, DEMAIS SISTEMA SEM ALTERAÇÕES.***

CONDUTA:
- ***AVALIAÇÃO E CONDUTA DA CIRURGIA GERAL E ORTOPEDIA***
- ***AVALIAÇÃO RADIOLÓGICA***
- ***SUPORTE CLÍNICO***
- ***ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÃO***

Dr. Gilberto Costa
Médico Medicina do Trabalho
CRM 2409 - RQE: 3982

Maceió, 17 de julho de 2019.

OBS.: *Paciente atendido pela equipe médica desta Unidade de Emergência através do Sistema Único de Saúde.*

PITAL GERAL DO ESTADO DE ALAGOAS

FICHA DE ATENDIMENTO

...MENTO: 2924351

...15/5/2019 HORA: 22:41:00

Certifico que a presente cópia confere com a Original. O referido é verdade. Dou fé. Maceió/AL, 17/09/19 Mat. Nº 86416

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: SANDRO LOPES ALMEIDA

SEXO: MAS RAÇA/COR: PARDA DATA NASCTO: 04/06/1984 IDADE: 34 ANOS CPF: 0551138440

MÃE: MARIA JOSE DE LIMA LOPES

RESPONSÁVEL/COMUNICANTE: SUSANE LOPES

NACIONALIDADE: BRASIL NATURAL DE: ALAGOAS CARTÃO SUS: 898002739027887

CIDADE: MARAGOGI/AL BAIRRO: BARRA GRANDE

LOGRADOURO: RUA FLORIANO QUEIROZ COUTINHO TELEFONE PACIENTE: 91245849

OBSERVAÇÕES: COLISAO CARRO X MOTO EM PEROBA

DADOS DO ATENDIMENTO

MOTIVO ATENDIMENTO: COLISAO

FORMA CHEGADA: AMBULANCIA-MUNICIPIO

PROCEDÊNCIA: MARAGOGI SETOR: AREA VERMELHA

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO CASO POLICIAL: SIM PLANO DE SAÚDE: NAO TRAUMA: SIM

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

Queixa Principal / História da Doença Atual: Paciente com história de colisão carro-m trazido pela ambulância. Refere uso de capacete, nega desmaio, vômitos ou n Nega alergias, uso de medicamentos, comorbidades ou uso de álcool. Refere dor em MMSS e parestesia em MSE.

Exame Físico:

A → Vias aéreas livres / S/ colar cervical, S/ cervicalgia

B → Eupneico em ar ambiente, MV + em AHT, s/RA, Abd

C → ACV: RCR, 2T, BNF, S/ SA, P

D → Glasgow 15

E → Fraturas em punho (E) e MSI

Exames Complementares: ☒ RAIO-X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC ☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA

Hipótese Diagnóstica:

Fratura de Úmero direito / fratura de punho esquerdo

Conduta Clínica

1. Tramadol 50mg em 100mL SF
2. Aval. Cirurgia Geral, digo, Ortopedia
3. Alta da Cir. Geral.

Enfermagem

23

Dr. Fernando ... da C. Barros
Proctologia Cirurgia Geral
CRM ... AL

Ortopedia 15/05/15 23:40

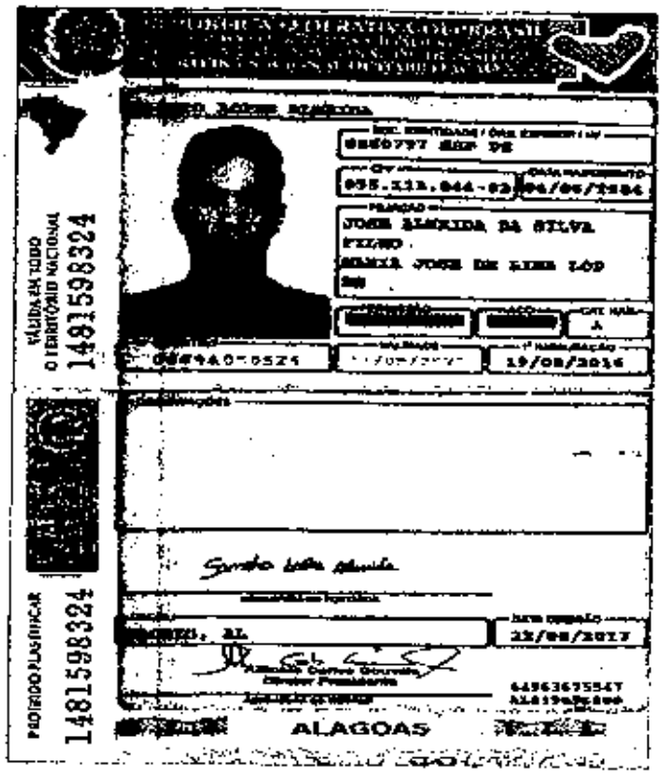
AS ① Fratura úmero ①
② Fratura Rádio Distal ②

Reto encaminhar a Maringá.

OS 174.
Ho muito com remissão parcial.
Presença de sacrificar Braço ③.
Sem comum em fato de fratura.

OS ① Braço cerfect USD
② Radio + ulna Braço ④
③ Intermito

Fabio Barros
Ortopedista/Traumatologia
CRM/AL - 8
TEOT 15106 AMOE



Documentos de identificacao

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008229/20

Vítima: SANDRO LOPES ALMEIDA

Data do acidente: 15/05/2019

CPF: 055.113.844-02

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SANDRO LOPES ALMEIDA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Outros

Sinistro

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

SANDRO LOPES ALMEIDA : 055.113.844-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 08/01/2020	Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: SANDRO LOPES ALMEIDA	Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 055.113.844-02	CPF: 156.118.057-28
SANDRO LOPES ALMEIDA	AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

Atraso na data do último documento

Justificativa – Nº ASL ou Processo

( ) Aguardando status e/ou Erro sistêmico

(X) Solicitação 07

( ) Solicitação 06

(X) Caixa Redistribuição

( ) Atraso por consulta ao site da Receita Federal

( ) Outros

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
13/12	08/01

23/12 negado.
08/01 - recebido p/ cadastro.

Nome: Agnes Guedes

Eu Sandro Lopes Almeida
Solicito a reanalise do processo
de invalidez de Sinistro
3190/522590

Sem mais,

Declarante. Sandro Lopes Almeida

Jaraguaçu, 06 de Dezembro de 2019.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200009050 **Cidade:** Maragogi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO LOPES ALMEIDA **Data do acidente:** 15/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura fechada do úmero direito. Fratura distal do rádio esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta cicatriz cirúrgica em face lateral do braço direito. Atrofia muscular severa do braço direito. Limitação completa da mobilidade do ombro direito (ombro congelado). Mobilidade do cotovelo de 45° a 110°. Fratura clinicamente consolidada. Exame físico do punho esquerdo normal.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico de fratura do úmero, evoluiu sem intercorrências. Alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/01/2020

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0311361/19

Vítima: SANDRO LOPES ALMEIDA **Data do acidente:** 15/05/2019

CPF: 055.113.844-02 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** SANDRO LOPES ALMEIDA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SANDRO LOPES ALMEIDA : 055.113.844-02

Autorização de pagamento

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 09/09/2019	Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: SANDRO LOPES ALMEIDA	Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 055.113.844-02	CPF: 156.118.057-28
SANDRO LOPES ALMEIDA	AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0311361/19

Número do Sinistro: 3190522590

Vítima: SANDRO LOPES ALMEIDA **Data do acidente:** 15/05/2019

CPF: 055.113.844-02 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** SANDRO LOPES ALMEIDA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

SANDRO LOPES ALMEIDA : 055.113.844-02

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008229/20

Vítima: SANDRO LOPES ALMEIDA **Data do acidente:** 15/05/2019

CPF: 055.113.844-02 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** SANDRO LOPES ALMEIDA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SANDRO LOPES ALMEIDA : 055.113.844-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 08/01/2020	Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: SANDRO LOPES ALMEIDA	Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 055.113.844-02	CPF: 156.118.057-28
SANDRO LOPES ALMEIDA	AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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: ***3200009050***

Nome do(a) Examinado(a): ***SANDRO LOPES ALMEIDA***

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA FLORIANO QUEIROZ COUTINHO, 401 - Maragogi - AL - CEP 57955-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /PE***] ***6680797***

Data e local do acidente: [***15/05/2019***] ***Maragogi, AL***

Data e local do exame: [***27/01/2020***] ***Maceió*** [***AL***]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura fechada do úmero direito. Fratura distal do rádio esquerdo.

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

Ao exame, vítima apresenta cicatriz cirúrgica em face lateral do braço direito. Atrofia muscular severa do braço direito. Limitação completa da mobilidade do ombro direito (ombro congelado). Mobilidade do cotovelo de 45° a 110°. Fratura clinicamente consolidada. Exame físico do punho esquerdo normal.

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 cirúrgico de fratura do úmero, evoluiu sem intercorrências. Alta médica.

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 membro superior 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 previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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.

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

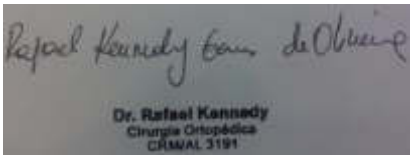
Região Corporal (Sequela):
Membro superior direito
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve (X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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.



Rafael Kennedy Gomes de Oliveira - CRM: 3191 - AL