



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME
SANDRO LOPES ALMEIDA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6680797 SSP PE



CPF
055.113.844-02

DATA NASCIMENTO
08/06/1984

FILIAÇÃO
JOSE ALMEIDA DA SILVA
FILHO
MARIA JOSE DE LIMA LOPES

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB
2

Nº REGISTRO
06684050528

VALIDADE
11/05/2021

1ª HABILITAÇÃO
19/08/2016

OBSERVAÇÕES

Sandro Lopes Almeida

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
MACEIO, AL

DATA EMISSÃO
22/08/2017

Antonio Carlos Gouveia

ASSINATURA DO EMISSOR

64963675547
AL019896000

ALAGOAS

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1481598324

PROIBIDO PLASTIFICAR
1481598324



INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: SANDRO LOPES ALMEIDA, brasileiro, solteiro, carpinteiro, portador do RG 6.680.797 SSP/PE, inscrito no CPF sob o n.º 055.113.844-02, residente na Rua Carnaíba, nº.69, Bairro: Nova Descoberta, CEP.: 52090-121- Cidade: Recife, Estado de Pernambuco,

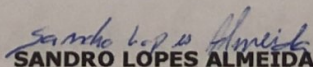
OUTORGADA: CARLA ROCHA LEMOS, brasileira, solteira, advogada, portadora da OAB/PE n. 27.103, com endereço profissional à Avenida Conde da Boa Vista, nº. 50, sala 909, Boa Vista, Recife-PE, CEP 50060-004, Email: carlarochalemos@outlook.com.

PODERES: Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar ao **OUTORGADO** o percentual de **30 % (trinta por cento)** sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.



DECLARAÇÃO DE POBREZA: Eu, **SANDRO LOPES ALMEIDA**, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

















Recife, 18 de Junho de 2020.


SANDRO LOPES ALMEIDA



Outorgante/Declarante



	<p align="center">POLÍCIA MILITAR DE ALAGOAS</p> <p align="center">COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR</p> <p align="center">BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA (BPRv)</p>	<p align="center">B.O.A.T. Nº</p> <p align="center">297/ 2019</p>	
---	---	---	---

-  Automovel, Kombi e Utilitários
-  Trajeto antes do Acidente
-  **Animal**
-  Capotagem
-  Caminhão, Carreta e Caminhonete
-  **Derrapagem**
-  **Frenagem**
-  Trajeto após o Acidente
-  Ponto do Impacto
-  Pedestre, Cadáver
-  **Indícios**
-  **Ônibus**
-  **Placa**
-  Tombamento
-  Objeto fixo
-  **Bicicleta**

VÍTIMA 1	NOME:	Daydid Alison dos Santos			SEXO:	MASCULINO	<input checked="" type="checkbox"/>	FEMININO	<input type="checkbox"/>	
	ENDEREÇO	Rua José Benedito de Freitas, nº132, Maragogi/AL						IDADE	23/12/1995	
	FERIDO:	MASC.	<input checked="" type="checkbox"/>	FEM.	<input type="checkbox"/>	MORTE:	NO LOCAL	<input type="checkbox"/>	POSTERIOR	<input type="checkbox"/>
	TIPO:	PEDESTRE	<input type="checkbox"/>	CONDUTOR	<input checked="" type="checkbox"/>	PASSEIRO	<input type="checkbox"/>			

	POLÍCIA MILITAR DE ALAGOAS COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA (BPRV)	BOAT N° 297/ 2019	
	BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRÂNSITO		
	LOCAL <u>Rodovia AL 101 Norte, Maragogi/AL</u> CÓD. DA VIA PRINCIPAL _____		

PONTO DE REF. / CRUZ. <u>Em frente ao Hotel Chalés</u>	DATA <u>15/05/2019</u> HORA <u>17:10</u> DIA SEMANA <u>Quarta-feira</u>
BAIRRO _____	

TIPO DE ACIDENTE	TOMBAMENTO <input type="checkbox"/> SAÍDA DE PISTA <input type="checkbox"/> CHOQUE _____	AÇÃO DO CONDUTOR - INDICAR O VEÍCULO
	INCÊNDIO <input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO <input type="checkbox"/> POSTE <input type="checkbox"/>	NÃO MANTEVE A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> EXCESSO VELOCIDADE <input type="checkbox"/>
	COLISÃO _____ ÁRVORE <input type="checkbox"/>	ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA <input type="checkbox"/> CONTRAMÃO DIREÇÃO <input type="checkbox"/>
	FRONTAL <input type="checkbox"/> LONGITUDINAL <input type="checkbox"/> BARRANCO/DEFENSA <input type="checkbox"/>	MUDANÇA SÚBITA DE FAIXA DE DIREÇÃO <input type="checkbox"/> AVANÇO SEMÁFORO <input type="checkbox"/>
	TRASEIRA <input type="checkbox"/> TRANSVERSAL <input checked="" type="checkbox"/> CASA/MURO <input type="checkbox"/>	CONV. INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO <input type="checkbox"/> FALTA DE ATENÇÃO <input type="checkbox"/>
	ATROPELAMENTO _____ VEÍCULO PARADO <input type="checkbox"/>	DESRESPEITO AO SINAL "PARE" OU DÊ A PREFERÊNCIA <input type="checkbox"/>
PEDESTRE <input type="checkbox"/> ANIMAL <input type="checkbox"/> OUTROS _____	OUTRAS (ESPECIFICAR) _____	

COND. PRESUMÍVEIS DOS CONDUTORES	TEMPO	CLASSIFICAÇÃO	CONDIÇÕES DE TRÂNSITO
V1 <input checked="" type="checkbox"/> V2 <input checked="" type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4 <input type="checkbox"/>	CLARO <input checked="" type="checkbox"/> NUBLADO <input type="checkbox"/>	COM VÍTIMAS <input type="checkbox"/> DANOS MATERIAIS <input type="checkbox"/>	LARGURA DA PISTA _____ N° DE FAIXAS DE ROLAMENTO _____
APARÊNCIA NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> APARÊNCIA SONOLENTA <input type="checkbox"/>	CHUVOSO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>	VIT. E DANOS MAT. <input checked="" type="checkbox"/> LUMINOSIDADE _____	HÁ SEPARAÇÃO DE PISTAS? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
SINTOMAS EMBRAGUEZ <input type="checkbox"/> PERMANECIU NO LOCAL <input checked="" type="checkbox"/>	PAVIMENTO	AMANHECER <input type="checkbox"/> DIA <input checked="" type="checkbox"/>	SIM, ESPECIFICAR _____
SOCORREU A VÍTIMA <input type="checkbox"/> EVADIU-SE DO LOCAL <input type="checkbox"/>	ASFALTO <input checked="" type="checkbox"/> CONCRETO <input type="checkbox"/>	ENTARDECER <input checked="" type="checkbox"/> NOITE <input type="checkbox"/>	SEPARAÇÃO LINHA SECCIONADA SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
USO CINTO DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> NÃO USAVA CINTO DE SEG. <input type="checkbox"/>	PARALELEPÍEDO <input type="checkbox"/> CASCALHO <input type="checkbox"/>	C/ ILUM. PÚBLICA <input type="checkbox"/> S/ ILUM. PÚBLICA <input type="checkbox"/>	VIA DE DIREÇÃO ÚNICA? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
SOCORRIDO <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>	VELOCIDADE PERMITIDA _____ Km/h	VIA PREFERENCIAL? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
SINALIZAÇÃO PARE <input type="checkbox"/> DÊ A PREFERÊNCIA <input type="checkbox"/>	FAIXA DE PEDESTRE <input type="checkbox"/> ONDULAÇÃO TRANSVERSAL <input type="checkbox"/>	CONDIÇÕES DA PISTA	COM AREIA <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> MOLHADA <input type="checkbox"/>
SEMÁFOROS NORMAL <input type="checkbox"/> INTERMITENTE <input type="checkbox"/>	DESLIGADO <input type="checkbox"/> OUTRA SINALIZAÇÃO (ESPECIFICAR) _____		

VEÍCULO 1	PLACA <u>PGN 3523 PE</u> MARCA/MOD. <u>Hyundai HB20</u> COR <u>Branca</u>
	RENAVAN <u>593.914.465</u> CHASSI N° <u>9BHBG51CAEP183367</u>
	ESPECIE DE PASSAGEIROS <input checked="" type="checkbox"/> MISTO <input type="checkbox"/> TRAÇÃO <input type="checkbox"/>
	DE CARGA <input type="checkbox"/> TÁXI <input type="checkbox"/> ESPECIAL <input type="checkbox"/>
	PROPRIETÁRIO <u>Maria de Lourdes Marques de Souza</u>
	ENDEREÇO _____
	CONDUTOR <u>Daydid Alison dos Santos (82)99920-2580</u> CPF _____
	ENDEREÇO <u>Rua José Benedito de Freitas, nº132, Maragogi/AL</u>
	NASCIMENTO <u>23/12/1995</u> C.N.H. REG. <u>071.073.314.43</u> CATEGORIA <u>B</u> DATA DE VENCIMENTO _____
	PROCEDÊNCIA E DESTINO DO VEÍCULO <u>Maragogi/AL a São José da Coroa Grande/PE</u>
DANOS MATERIAIS <u>Pequena monta</u>	
VEL. DE ESTIMADA _____ Km/h LEITURA DO ETILÔMETRO SUPERIOR A 0,33 mg/L? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> USAVA CINTO OU CAPACETE? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	

VEÍCULO 2	PLACA <u>KKE 8110 PE</u> MARCA/MOD. <u>Honda NX-4 Falcon</u> COR _____
	RENAVAN <u>813.509.890</u> CHASSI N° <u>9C2ND07003R103392</u>
	ESPECIE PASSAGEIROS <input type="checkbox"/> MISTO <input type="checkbox"/> TRAÇÃO <input type="checkbox"/>
	CARGA <input type="checkbox"/> COMPETIÇÃO <input type="checkbox"/> ESPECIAL <input type="checkbox"/>
	PROPRIETÁRIO <u>Luis Carlos da Silva</u>
	ENDEREÇO _____
	CONDUTOR <u>Sandro Lopes Almeida (82)99124-5349</u>
	ENDEREÇO <u>Rua Floriano Queiroz Coutinho, nº401, Barra Grande, Maragogi/AL</u>
	NASCIMENTO <u>04/06/1984</u> C.N.H. N° <u>066.840.505.28</u> CATEGORIA <u>A</u> DATA DE VENCIMENTO <u>11/05/2021</u>
	PROCEDÊNCIA E DESTINO DO VEÍCULO <u>Maragogi/AL a São José da Coroa Grande/PE</u>
DANOS MATERIAIS <u>Grande monta</u>	
VEL. DE ESTIMADA _____ Km/h LEITURA DO BAFÔMETRO SUPERIOR A 0,60 mg%? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> USAVA CINTO OU CAPACETE? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO GRATUITO


BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA DE ALAGOAS
CONFERE COM O ORIGINAL
17/07/19
910
 P12 e P13 DO BPRV
 Flávio Luis Lima 605 PM
 RGP/AL 04.560-002
 Mat. 95600
 Aux. da P13



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 25/06/2020 21:54:19

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006252154199210000062722688

Número do documento: 2006252154199210000062722688



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 QR CODE abaixo:



Documento emitido pelo FÊNIX - Sistema de Gestão Operacional - Conforme Portaria nº 241 de 27/07/2017 (BGO nº 137) do Comando Geral do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Alagoas

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL CARVALHO BELTRÃO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

SANDRO LOPES ALMEIDA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Feme. ☒ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

00221717

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

FERIDA EM MSD

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

CLINICO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FERIDA EM MSD

24 - CID 10 PRINCIPAL

R02

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA /TERCIDO DESVITALIZADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0 4 1 5 0 4 0 0 3 5

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

0 6 1 0

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR. MARCIO ROBERTO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27 / 05 / 2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES COMUNITÁRIOS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

2719100795862

Edward Almeida
Médico
CRM 4783

Carvalho Beltrão Serviços de Saúde Ltda

CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE DE CORURIBE

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

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

Nº: 4170

RESUMO DE ALTA

Dados do Paciente:

Nº Prontuário: 0

Nome do Paciente: SANDRO LOPES ALMEIDA

CPF:

Data de Nascimento: 04/06/1984

Cartão SUS:

Idade: 34

Médico: Dr(a) MARCIO ROBERTO

Diagnóstico Inicial: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO E UMEROS DIREITO

Diagnóstico Final: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO E UMEROS 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. da Souza
Médico do Esporte
Ortopedia - Traumatologia
CRM-AL 92155BOT. 1021



HOSPITAL GERAL DO ESTADO DE ALAGOAS

FICHA DE ATENDIMENTO

NUMERO: 2924351

15/5/2019

HORA: 22:41:00

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: SANDRO LOPES ALMEIDA

SEXO: MAS RAÇA/COR: PARDA

DATA NASCITO: 04/06/1984 IDADE: 34 ANOS CPF: 05511384402

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-moto trazido pela ambulância. Refere uso de capacete, nega desmaio, vômitos ou náuseas. 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/COLC cervical,
S/CERVICOGIA

B → Espirito em ambiente MV + an. AUT, SIDA, HIV

C → ACV: RLR, CT, BNF, SI SA, F22

D → Gloripa 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, Ortopedia
- (3) Alta da Cir. Gerl.

Enfermagem

23/05/2019

Dr. Fernando José da C. Barros
Proctologia - Cirurgia Geral
CRM 3396 - AL

CADASTRO ORIGINAL:

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

ortopedia

15/05/14 23:40

AS: ① Fratura Úmero ①

② Fratura Rádio Ulnar ①

Lesão ligamentar do punho.

CS 174.

Do punho com nervos e tendões.

Presença de ressecar Bico ①

sem cunha em foco de fratura.

CS: ① Bico cefalo 180

② Rádio + úlnar Bico ①

③ Fratura

Fabio Barros
Ortopedista/Traumatologista
CRM/AL - 8759
TEOT 15706 / RQE 364



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

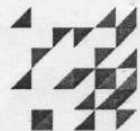
TRATAMENTO: ➤ CONSERVADOR COM ANALGESIA E REDUÇÃO DAS FRATURAS E IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO

ACHADO: ➤ PACIENTE DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA VITIMA DE COLISÃO CARRO/MOTO, TRAZIDO POR AMBULÂNCIA. REFERE USO DE CAPACETE .NEGA DESMAIOS E VÔMITOS E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.
➤ QUEIXA SE DE DOR EM MEMBROS SUPERIORES E PARESTESIA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.
➤ EXAME FÍSICO 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 2305 - 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.





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

