

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 25/06/2020 21:54:19  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062521541982100000062722689>  
Número do documento: 20062521541982100000062722689

Num. 63902258 - Pág. 1

**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,

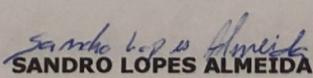
**OUTORGADA:** **CARLA ROCHA LEMOS**, brasileira, solteira, advogada, portadora da OAB/PE n. **27.103**, com endereço profissional à Avenida Conde da Boa Vista, nº. 50, sala 909, Boa Vista, Recife-PE, CEP 50060-004, Email: carlarochalemos@outlook.com.

**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





## 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  
9/10

P12 e P13 DO BPRV  
Flávio Luna Lins SGB PM  
RGPM/AL 04.560-002  
Mat. 95600  
Aux. da 9/3

- Automovel, Kombi e Utilitários
- Trajeto antes do Acidente
- Animal
- Capotagem
- Caminhão, Carreta e Caminhonete
- ~~~ Derapagem
- 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-1e 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.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

VÍTIMA 1	NOME: Daydid Alison dos Santos		SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
	ENDEREÇO	Rua José Benedito de Freitas, nº132, Maragogi/AL		IDADE <input type="text" value="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"/> PASSAGEIRO
VÍTIMA 2	NOME: Sandro Lopes Almeida		SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
	ENDEREÇO	Rua Floriano Queiroz Coutinho, nº401, Barra Grande, Maragogi/AL		IDADE <input type="text" value="04/06/1984"/>
	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"/> PASSAGEIRO
VÍTIMA 3	NOME: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
	ENDEREÇO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		IDADE <input type="text"/>
	FERIDO:	MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>	MORTE: NO LOCAL <input type="checkbox"/> POSTERIOR <input type="checkbox"/>	TIPO: PEDESTRE <input type="checkbox"/> CONDUTOR <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO
TESTEMUNHAS	1- NOME: Beroaldo Jose Silva Costa			
	ENDEREÇO	Rua Dr. Afonso Uchoa, nº57, Matriz de Camaragibe/AL		
	2- NOME:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
	ENDEREÇO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
	3- NOME:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
ENDEREÇO	YYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYY			

Alyson Marques Passos

YAGO FELIPE DOS SANTOS MELO – SD PM, MAT.169044

Policial responsável pelo levantamento do acidente

ALYSON MARQUES PASSOS - 1º TEN QOC PM MAT. 135-0

P/3 do BPRv

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO GRATUITO



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

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062521541992100000062722688>

Número do documento: 20062521541992100000062722688

Num. 63902257 - Pág. 1

	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	Rodovia AL 101 Norte, Maragogi/AL	CÓD. DA VIA PRINCIPAL
PONTO DE REF./CRUZ.	Em frente ao Hotel Chalés	
BAIRRO		DATA 15/05/2019 HORA 17:10 DIA SEMANA Quarta-feira

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

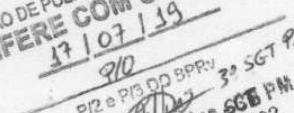
COND. PRESUMÍVEIS DOS CONDUTORES				TEMPO	CLASSIFICAÇÃO	CONDICOES DE TRÂNSITO
V1	V2	V3	V4			
X	X			CLARO	COM VITIMAS	LARGURA DA PISTA
				NUBLADO	DANOS MATERIAIS	Nº DE FAIXAS DE ROLAMENTO
				CHUVOSO	VIT. E DANOS MAT	HÁ SEPARAÇÃO DE PISTAS?
				OUTROS	LUMINOSIDADE	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
					AMANHECER	SEPARAÇÃO
					DIA	LINHA SECCIONADA
					ENTARDECER	CONTÍNUA
					NOITE	VIA DE DIREÇÃO ÚNICA?
					C/ ILUMI. PÚBLICA	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
					S/ ILUMI. PÚBLICA	VIA PREFERENCIAL?
						VELOCIDADE PERMITIDA
						Km/h
					CONDICOES DA PISTA	
					COM AREIA	SECA
					MOLHADA	
SINALIZAÇÃO				PARE	DÉ A PREFERÊNCIA	FAIXA DE PEDESTRE
						ONDULAÇÃO TRANSVERSAL
						SENTIDO ÚNICO
SEMÁFOROS				NORMAL	INTERMITENTE	DESLIGADO
						OUTRA SINALIZAÇÃO (ESPECIFICAR)

PLACA	PGN 3523 PE	MARCA/MOD.	Hyundai HB20	COR	Branca
RENAVAN	593.914.465	CHASSI N°	9BHBG51CAEP183367		
ESPECIE	DE PASSAGEIROS <input checked="" type="checkbox"/>	MISTO	TRAÇÃO <input type="checkbox"/>	VAN <input type="checkbox"/>	CAMINHONETE <input type="checkbox"/>
	DE CARGA <input type="checkbox"/>	TÁXI		ESPECIA <input type="checkbox"/>	BICICLETA <input type="checkbox"/>
					CARROÇA <input type="checkbox"/>
					ÔNIBUS <input type="checkbox"/>
					MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>
					OUTROS <input type="checkbox"/>
PROPRIETÁRIO	Maria de Lourdes Marques de Souza				
ENDEREÇO					
CONDUTOR	Daydid Alison dos Santos (82)99920-2580				
ENDEREÇO	Rua José Benedito de Freitas, nº132, Maragogi/AL				
NASCIMENTO	23/12/1995	C.N.H. REG.	071.073.314.43	CATEGORIA	B
PROCEDÊNCIA E DESTINO DO VÉHICULO	DATA DE VENCIMENTO				
DANOS MATERIAIS	Maragogi/AL a São José da Coroa Grande/PE				
VEL. DE ESTIMADA	Km/h	LEITURA DO ETILOMETRO 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"/>			

PLACA	KKE 8110 PE	MARCA/MOD.	Honda NX-4 Falcon	COR	
RENAVAN	813.509.890	CHASSI N°	9C2ND07003R103392		
ESPECIE	PASSAGEIROS <input type="checkbox"/>	MISTO	TRAÇÃO <input type="checkbox"/>	VAN <input type="checkbox"/>	CAMINHONETE <input type="checkbox"/>
	CARGA <input type="checkbox"/>	COMPETIÇÃO <input type="checkbox"/>		ESPECIA <input type="checkbox"/>	BICICLETA <input type="checkbox"/>
					CARROÇA <input type="checkbox"/>
					ÔNIBUS <input type="checkbox"/>
					MOTOCICLETA <input checked="" type="checkbox"/>
					OUTROS <input type="checkbox"/>
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. N°	066.840.505.28	CATEGORIA	A
PROCEDÊNCIA E DESTINO DO VÉHICULO	DATA DE VENCIMENTO				
DANOS MATERIAIS	Maragogi/AL a São José da Coroa Grande/PE				
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 ORIGINAIS  
 17/07/19

  
 Flávio Luna Lins SGT PM  
 RGPM/AL 04.560-002  
 Mat. 95600  
 Aux. da P/3





**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.



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 25/06/2020 21:54:20

<https://pie.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=200625215419981000000062722687>

Número do documento: 20062521541998100000062722687

Num. 63902256 - Pág. 1

## ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUÐO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>						2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL CARVALHO BELTRÃO</b>						3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	
						4 - CNES	
<b>Identificação do Paciente</b>							
5 - NOME DO PACIENTE <b>SANDRO LOPES ALMEIDA</b>						6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>00221717</b>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <b>81312101013191271817047684</b>						8 - DATA DE NASCIMENTO <b>04/06/84</b>	
9 - SEXO <b>MASC.</b>						10 - RAÇA/COR <b>Fem. 3</b>	
11 - NOME DA MÃE <b>Maria Lúcia de Souza dos Santos</b>						12 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL <b>DR. MARCIO ROBERTO</b>						14 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) <b>Rua Antônio Guimarães Pastero, n. 421, B. Grande</b>						16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Itararé</b>	
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO						18 - UF <b>SP</b>	
19 - CEP							
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>FERIDA EM MSD</b>							
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>AS ACIMA</b>							
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA'S DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <b>CLINICO</b>							
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>FERIDA EM MSD</b>		24 - CID 10 PRINCIPAL <b>R02</b>		25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA /TERCIDO DESVITALIZADO</b>							
28 - CLÍNICA <b>ORTOPEDICA</b>		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>ORTOPEDICA</b>		31 - DOCUMENTO ( <input type="checkbox"/> CNS) ( <input checked="" type="checkbox"/> CPF)		32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>0 6 1 0 1 2 2 4 2 0</b>	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>DR. MARCIO ROBERTO</b>		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>27/ 05/ 2019</b>		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <b>Marcio Roberto V. de S. Ortoperíodo</b>		36 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <b>0 4 1 5 0 4 0 0 3 5</b>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OUVÍCIOS)							
36 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		41 - SÉRIE			
37 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA			
38 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		44 - CBOR					
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( <input type="checkbox"/> ) EMPREGADO      ( <input type="checkbox"/> ) EMPREGADOR		46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR			
47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		48 - DOCUMENTO ( <input type="checkbox"/> CNS) ( <input type="checkbox"/> CPF)		49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>1/1/2020</b>		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <b>2719100795862</b>			

**AUTORIZADA**

## ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL CARVALHO BELTRAO</b>		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE <b>SANDRO LOPES ALMEIDA</b>		6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>00221712</b>		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <b>89180518733612387646124</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>19/01/1961</b>	9 - SEXO <b>Masc. [ ] Fem. [ ]</b>	10 - RACA/COR <b>[ ]</b>
11 - NOME DA MÃE <b>Maria Lopes da Silva Lopes</b>		12 - TELEFONE DE CONTATO <b>DDD [ ] N° DO TELEFONE</b>	13 - INÍCIO DO PERÍODO DE RESIDÊNCIA <b>08/2019</b>	
14 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) <b>Rua 10 de Junho, Centro, Belo Horizonte, MG, 30130-000</b>		15 - TELEFONE DE CONTATO <b>DDD [ ] N° DO TELEFONE</b>	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Belo Horizonte</b>	
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <b>31080</b>		18 - UF <b>MG</b>	19 - CEP <b>30130-000</b>	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>DOR, EDEMA E DEFORMIDADE EM MSE</b>				
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>AS ACIMA</b>				
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <b>CLINICO + RX</b>				
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>FRATURA DO PUNHO ESQUERDO</b>		24 - CID 10 PRINCIPAL <b>S52.5</b>	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>TRATAMENTO CIRURGICO</b>				
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <b>0408020407</b>		29 - CLÍNICA <b>ORTOPEDICA</b>		
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>PERMANENCIA</b>		31 - DOCUMENTO <b>( ) CNS (X) CPF</b>	32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>0610552420</b>	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>24/05/2019</b>
34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>DR. MARCIO ROBERTO</b>		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
36 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - N° DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO		
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
48 - DOCUMENTO <b>( ) CNS ( ) CPF</b>		49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>2419100795840</b>		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>24/05/2019</b>				
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				



## ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE DE CORURIPE</b>		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE DE CORURIPE</b>		4 - CNES		
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <b>SANDRO LOPES ALMEIDA</b>				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 89 82327390278181709484				
8 - DATA DE NASCIMENTO 11 - NOME DA MÃE <i>Maria José de Souza Lopes</i>				
9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 10 - RACA/COR 10.1 - ETNIA				
12 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N° DO TELEFONE				
13 - NOME DO RESPONSÁVEL <i>Edvaldo Viana</i>				
14 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N° DO TELEFONE				
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) <i>Rua Francisco Guedes, Centro, n. 111, b. Jardim</i>				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Arcoverde</i>				
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP				
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>DOR, EDEMA E DEFORMIDADE EM MSD</b>				
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>AS ACIMA</b>				
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <b>CLINICO+RX</b>				
AUTORIZADO				
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>FRATURA DO UMERO DIREITO</b>				
24 - CID 10 PRINCIPAL <b>S42.3</b>				
25 - CID 10 SECUNDÁRIO				
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO</b>				
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <b>0408020393</b>				
29 - CLÍNICA <b>ORTOPEDICA</b>				
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO				
31 - DOCUMENTO ( <input type="checkbox"/> CNS) ( <input checked="" type="checkbox"/> CPF)				
32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>016105122420</b>				
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>DR. MARCIO ROBERTO</b>				
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>31 / 05 / 2019</b>				
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Carla Rocha Lemos</i>				
36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO				
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
39 - CNPJ DA SEGURADORA				
40 - N° BILHETE <b>921 SERGIO 1021</b>				
41 - SÉRIE				
42 - CNPJ EMPRESA				
43 - UNIÃO DA EMPRESA				
44 - CBOR				
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO      ( ) EMPREGADOR      ( ) AUTÔNOMO      ( ) DESEMPREGADO      ( ) APOSENTADO      ( ) NÃO SEGURADO				
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR				
48 - DOCUMENTO ( <input type="checkbox"/> CNS) ( <input type="checkbox"/> CPF)				
49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>Medico Marcio Roberto</i>				
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				
52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <b>2419100795851</b>				



# 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

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 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. J. S. Souza  
Médico do Esporte  
Ortopedia - Artrite  
CRM-AL 921-SBOT. 1021



HOSPITAL GERAL DO ESTADO DE ALAGOAS

FICHA DE ATENDIMENTO

MENTO: 2924351

15/5/2019

HORA: 22:41:00

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: SANDRO LOPES ALMEIDA

SEXO: MAS RAÇA/COR: PARDA

DATA NASC TO: 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 náus. Nega alergias, uso de medicamentos, comorbidades ou uso de álcool. Refere dor em MNS e perestesia em MSE.

Exame Físico:

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

C → ACV = RCR, CT, BNF, SI SA, FC =  
D → Glargan 1S

B → Expresso em ambiente MV + em AUS, SIBA, PFO, ICPN  
E → Fraturas em punho (E) e MSD.

Exames Complementares:



RAIO-X



SANGUE



URINA



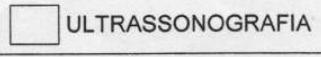
TC



LIQUOR



ECG



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. Geral.

Enfermagem

z3 joel

Dr. Fernando José da C. Barros  
Proctologista - Urologia Geral  
CRM 3306 - AL

CADASTRO ORIGINAL :

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



ortopedia

15/05/15 23:40

AS ① Fratura minima ①  
② Fratura de poleo distal ②

Reet em um mome d' Morrer.

CS 174.

No minto com sensação de pressão  
Respirar d' seco e dor ②.  
Sem evanescer ou dor d' fratura.

- OS: ① Paus acidentais  
② Paus + ins. ② Maua  
③ Fratamento

Fábio Barros  
Ortopedista CRM-MG 15706  
Setor 15706 - RQE 357



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 25/06/2020 21:54:20

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062521542069300000062722686>

Número do documento: 20062521542069300000062722686

Num. 63902255 - Pág. 6



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 EMERGÊNCIA VITIMA DE COLISÃO CARRO/MOTO, TRAZIDO POR AMBULÂNCIA. REFERE USO DE CAPACETE .NEGA DESMAIOS E VOMITOS 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](http://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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

