



25/10/2023

Número: **0000784-79.2022.8.17.2160**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Alagoinha**

Última distribuição : **05/12/2022**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Pagamento Indevido**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Advogados
GERALDO ALVES RODRIGUES (AUTOR(A))	
	THIAGO MICKAEL CARVALHO DE ALMEIDA (ADVOGADO(A)) LEONARDO JOSE SILVA FIGUEIROA (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
149257816	25/10/2023 10:21	2882114_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_04	Outros Documentos



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ALAGOINHA/PE - SEÇÃO -

PROCESSO: 00007847920228172160

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GERALDO ALVES RODRIGUES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ALAGOINHA, 24 de outubro de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 25/10/2023 10:21:33
Número do documento: 23102510212378700000145780203
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23102510212378700000145780203>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/10/2023 10:21:23

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 25/10/2023 10:21:33
Número do documento: 23102510212378700000145780203
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23102510212378700000145780203>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/10/2023 10:21:23



Número: **0000784-79.2022.8.17.2160**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Alagoinha**

Última distribuição : **05/12/2022**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Pagamento Indevido**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Advogados
GERALDO ALVES RODRIGUES (AUTOR(A))	
	THIAGO MICKAEL CARVALHO DE ALMEIDA (ADVOGADO(A)) LEONARDO JOSE SILVA FIGUEIROA (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
149257820	25/10/2023 10:21	ANEXO 1	Outros Documentos

Declaração de Inexistência de IML

[X] 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- * 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: GERALDO ALVES RODRIGUES
Data Nasc.: 30/07/1958 Idade: 60 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: 40166652420 RG: 3253448 CNS: 701403643010035
Endereço: SÍTIO CURICACA Nº: 0
Bairro: ZONA RURAL Cidade: ALAGOINHA Estado: PE
CEP: 55260000 Fone: Profissão: AGRICULTOR
Nome da Mãe: ANTONIA EMILIA DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 04/02/2019 09:03

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Paciente vítima de Capotamento de Camionete G+ 40
elupa a velocidade, fraturado el. Proximal. Queixa de
dor em M.D. - Náusea / Vômito

Exame Físico:

A - Sinais vitais / CC PA: FC: FR:
B - PA: 110/70 - PA
C - FC: 80 bpm / Normotensa
D - CC: S.
E - Ferimento em M.D. + Dor em Braço (D)

Diag. Provisório:

Politrauma. / Fratura exposta - REALIZADO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO - X
DATA: 04/02/19

① Raio x de Torso / Pulm
② Raio x de Joelho (D), Pernas (D), Quadril (D)
③ Voleiras de (D) e (D) + Raio x de

Prescrição:

Dieta:

Data:

① Soro 1000 ml CV	② Soro 1000 ml CV
③ Soro 1000 ml CV	④ Soro 1000 ml CV
⑤ Soro 1000 ml CV	⑥ Soro 1000 ml CV
⑦ Soro 1000 ml CV	⑧ Soro 1000 ml CV
⑨ Soro 1000 ml CV	⑩ Soro 1000 ml CV
⑪ Soro 1000 ml CV	⑫ Soro 1000 ml CV
⑬ Soro 1000 ml CV	⑭ Soro 1000 ml CV
⑮ Soro 1000 ml CV	⑯ Soro 1000 ml CV
⑰ Soro 1000 ml CV	⑱ Soro 1000 ml CV
⑲ Soro 1000 ml CV	⑳ Soro 1000 ml CV
㉑ Soro 1000 ml CV	㉒ Soro 1000 ml CV
㉓ Soro 1000 ml CV	㉔ Soro 1000 ml CV
㉕ Soro 1000 ml CV	㉖ Soro 1000 ml CV
㉗ Soro 1000 ml CV	㉘ Soro 1000 ml CV
㉙ Soro 1000 ml CV	㉚ Soro 1000 ml CV
㉛ Soro 1000 ml CV	㉜ Soro 1000 ml CV
㉝ Soro 1000 ml CV	㉞ Soro 1000 ml CV
㉟ Soro 1000 ml CV	㊱ Soro 1000 ml CV
㊲ Soro 1000 ml CV	㊳ Soro 1000 ml CV
㊴ Soro 1000 ml CV	㊵ Soro 1000 ml CV
㊶ Soro 1000 ml CV	㊷ Soro 1000 ml CV
㊸ Soro 1000 ml CV	㊹ Soro 1000 ml CV
㊺ Soro 1000 ml CV	㊻ Soro 1000 ml CV
㊼ Soro 1000 ml CV	㊽ Soro 1000 ml CV
㊾ Soro 1000 ml CV	㊿ Soro 1000 ml CV

1 de 2

Assinado por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: GERALDO ALVES RODRIGUES

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

Nº da leito:

Operador: DR. MAURICIO PAES

1º Assistente: DR. FELIPE CARVALHO R3

2º Assistente:

Instrumentador: MACIEL

Anestesiista:

Anestesia: RAQUIANESTESIA + SEDAÇÃO

Duração:

Data da Operação: 04/02/2019

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Diagnóstico Pós-operatório: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA (GUSTILLO 3A)

Operação Proposta: CONTROLE DE DANOS

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPISIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. AMPLIAÇÃO DAS FERIDAS + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SIFLON
4. ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA DOS OSSOS DA PERNA COM FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO EM FORMAÇÃO LINEAR EM PERNA DIREITA
5. SUTURA DA PELE
6. CURATIVO
7. BOA PERFUSÃO DISTAL AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO
8. ENCAMINHO PACIENTE A SRM



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

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Antonio Alves Rodrigues

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

33245

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

20140316430100315

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/07/58

9 - SEXO

Masculino

10 - NOME (MAIÚSCULA)

Antônia Emilia da Silva

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO)

Sítio Curral 216

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Alagoinhas

14 - CID (CÓDIGO DE DOENÇA)

15 - UCI

16 - ESP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - HISTÓRICO DE DOENÇAS E SINTOMAS CLÍNICOS

Requer internação de urgência de

urgência

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Urgência

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (EXAMES DE LABORATÓRIO OU EXAMES REALIZADOS)

Em

em 30/07/2023

20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Infarto agudo do miocárdio

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ADICIONAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CID ICD-9

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

28 - Nº DO DOCUMENTO (CHAVE) DO INDIVIDUAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - DATA DA SOLICITAÇÃO 31 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - TIPO DE ACIDENTE

33 - DATA DO ACIDENTE

34 - LOCAL DO ACIDENTE

35 - Causa

36 - TIPO DE ACIDENTE

37 - DATA DO ACIDENTE

38 - LOCAL DO ACIDENTE

39 - Causa

40 - VÍNCULO COM A EMPRESA

EMPREGADO

EMPRESÁRIO

OUTRO

DESCOMISSÃO

LAPOSSADO

LAPOSSADO

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42 - CID DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DO DOCUMENTO (CHAVE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

261910301390-2



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 25/10/2023 10:22:44

Número do documento: 23102510212437300000145780207

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23102510212437300000145780207>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/10/2023 10:21:24

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: GERALDO ALVES RODRIGUESProntuário: 333145Data: 07 / 02 / 19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

fratura distal de tíbia direita.

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Alta para os cuidados de DR. FREDERICO COPELA, ORTOPEDISTAGeriatr + Voltar ao acompanhamento de ortopedia + Prescrição médica.

TRATAMENTO REALIZADO:

Controle de Dor, Ortopedia com fixação externa +acompanhamento multidisciplinar.Alta Hospitalar: Data: 21 / 02 / 1907/04/19

Hora: _____

Ass. do Médico e CRM



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

Guilherme Alves Rodrigues

Prontuário:

Data:

/ /

Hora:

DIAGNÓSTICO:

Prescrição de tuberculose

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ab. curativo e 10 dias

TRATAMENTO REALIZADO:

Tratamento

ATB + INH + outros durante p/ cura

Não há mais sintomas

Alta Hospitalar: Data:

05/12/19

Hora:

Dr. Antônio Carlos de Mello Junior
CRM 149257820

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Caio Alarico

Prontuário: _____

Data: 21/06/19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura de fêmur esquerdo, com
fratura tibia no 1/3 proximal

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Remetido para tratamento cirúrgico

TRATAMENTO REALIZADO:

Reparo do fêmur esquerdo

Alta Hospitalar: Data: 21/06/19

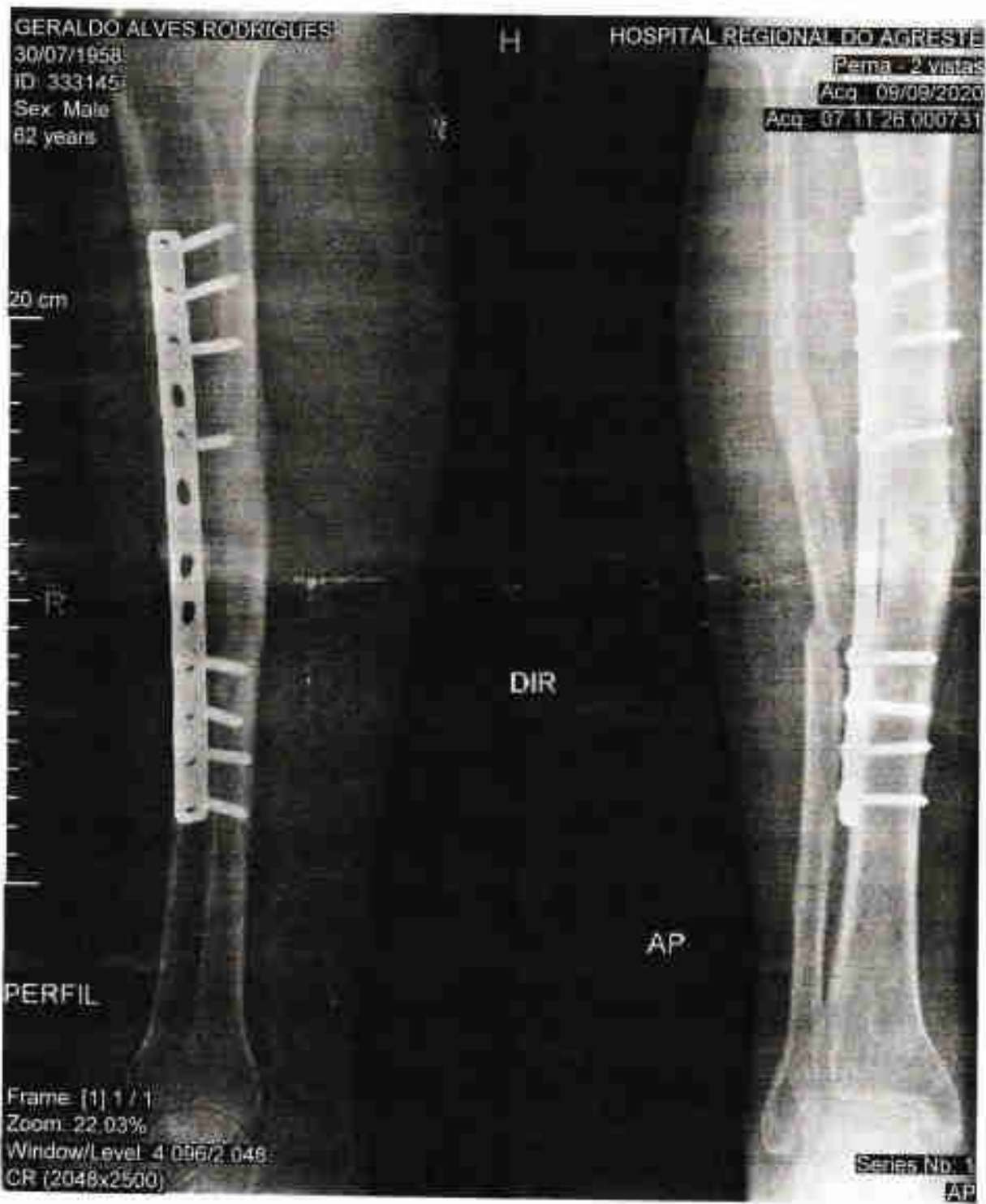
Hora: _____

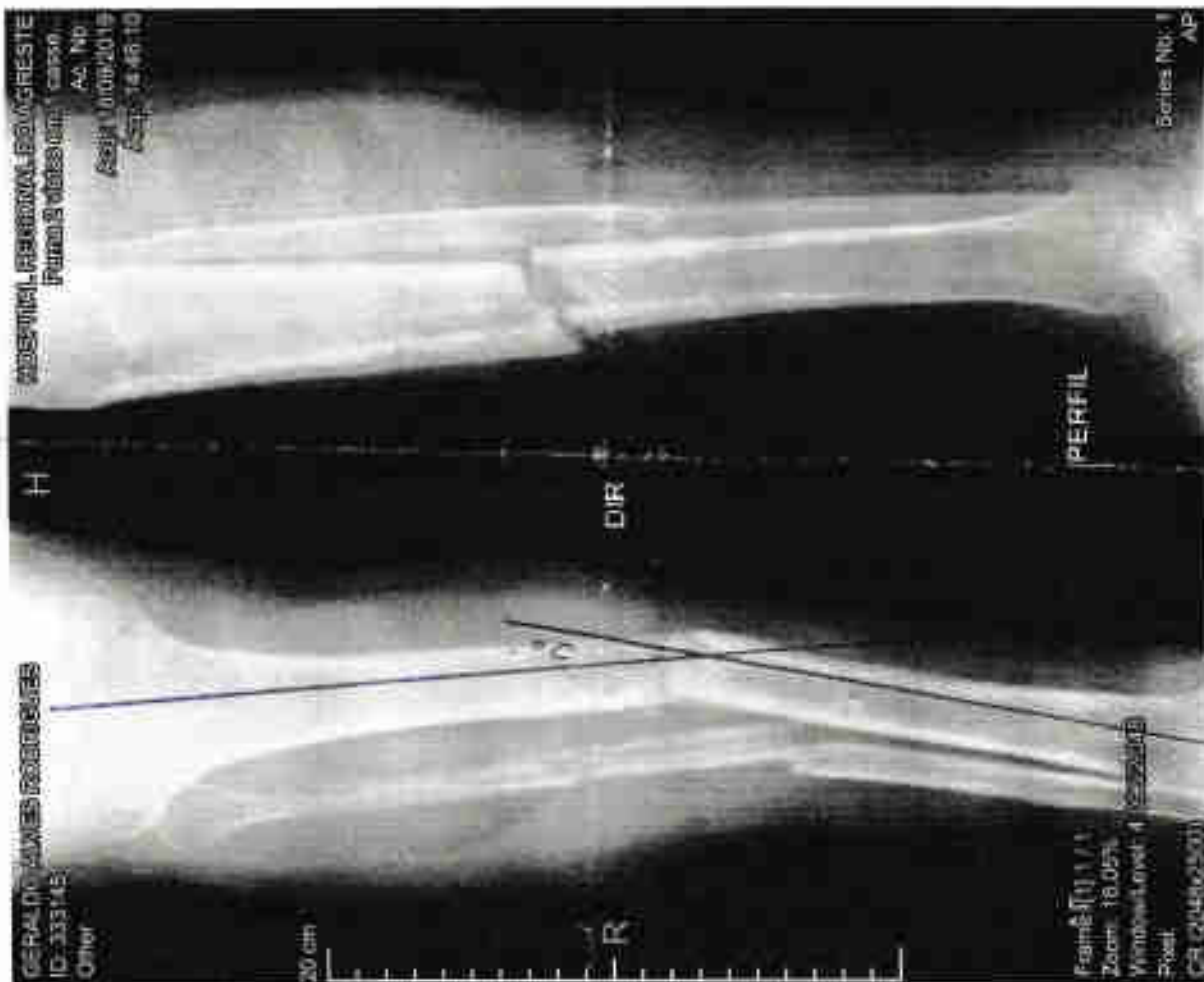
18-09-19
13:00 Hs
Residência

[Assinatura]

Ass. do Médico e CRM
Carimbo











DADOS DO SINISTRO

Número: 3210220499

Cidade: Alagoinha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GERALDO ALVES RODRIGUES

Data do acidente: 03/02/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA. PÁG 2/3/7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169501/21

Vítima: GERALDO ALVES RODRIGUES

CPF: 461.866.624-20

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/02/2019

Titular do CPF: GERALDO ALVES RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GERALDO ALVES RODRIGUES : 461.866.624-20

- 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.



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210220499

Cidade: Alagoinha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GERALDO ALVES RODRIGUES

Data do acidente: 03/02/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA. PÁG 2/3/7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos
complementares:

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





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, 24 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210220499 Vítima: GERALDO ALVES RODRIGUES

Data do Acidente: 03/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GERALDO ALVES RODRIGUES

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: GERALDO ALVES RODRIGUES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000003215-8

Conta: 0000012495-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou AGI: CPF da vítima: Nome completo da vítima:	461.866.624-20 Geraldo Alves Rodrigues
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012	
Nome completo: Profissão: Bairro: E-mail:	CPF: Número: Complemento: CEP: Tel.(DDD):
Geraldo Alves Rodrigues Agricultor Centro nallyson67@gmail.com	461.866.624-20 53 Casa 55.260-000 441-95444-3003
Endereço: Cidade:	Rua Joaquim Cesariano Galindo Alagoinha
Estado:	PE

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

DADOS CADASTRAIS			
RENDA MENSAL: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00			
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
☒ CONTA POUPANÇA (Cartera para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO:	
AGÊNCIA: 3215 8	CONTA: 12.495 8	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar a 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 qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau do Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou parentes (ou avós vivos)? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.	

Local e Data: Alagoinha, 13 de setembro de 2021
 Nome: Geraldo Alves Rodrigues
 CPF: 461.866.624-20

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

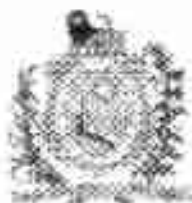
TESTEMUNHAS
 1ª | Nome: Raimundo José S. Filho
 CPF: 246.582.894-92
 Assinatura:
 2ª | Nome: Nallyson Felipe da Silva
 CPF: 321.556.874-22
 Assinatura:

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

FP5.001 V003/2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 113ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALAGOINHA - DP113ªCIRC DINTER1/15ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0203000061**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/03/2021** às **10:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **3/2/2019** às **20:00**

Fato ocorrido no endereço: **ALAGOINHA, 1, SÍTIO CAMPO DO MADE - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55290-000**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

"GATÃO" (AUTOR / AGENTE)
VALMIR SILVA SANTOS (TESTEMUNHA)
JOSE ADILSON GABRIEL (TESTEMUNHA)
GERALDO ALVES RODRIGUES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) Sr(a): "GATÃO"

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

GERALDO ALVES RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANTONIA EMÍLIA DA SILVA Pai: AUGUSTO ALVES RODRIGUES Data de Nascimento: 30/7/1958 Naturalidade: ALAGOINHA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentação: 3253448/SSP/PE (RG), 46100062420 (CPF) Estado Civil: ANUFIADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefone Celular: - 87088571617

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ALAGOINHA, 1, SÍTIO PINDOBA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

"GATÃO" (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ALAGOINHA, 1, SÍTIO SETE BARAUNAS - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

VALMIR SILVA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **CONJUNTO CONJ HABITACIONAL PE. ANTONIO GALINDO, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL, 2A RUA**

JOSE ADILSON GABRIEL (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ALAGOINHA, 1, SÍTIO CAMPO DO MADE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

200:235.03.148/pernambuco/vitalizacao.do?ref=20210303-0871340&ref=21E0203000061&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE DE TRÂNS... 1/2



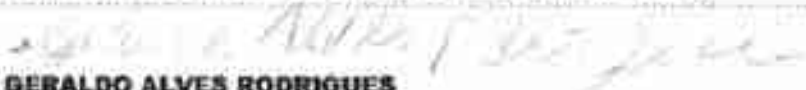
CAMINHÃO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **"GATAO"** que estava em posse do(a) Sr(a): **"GATAO"**
Categoria/Fabrica/Modelo: **CAMINHÃO/FORD/F4000** Chassis apreendido: **Não**
Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **MUF6646 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **305927670** Cade: **08FKXXL5BHDB63027**
Ano Fabricação/Modelo: **1997/1997** Combustível: **DIESEL**

Complemento / Observação

A VÍTIMA AFIRMA QUE TRANSITAVA NO CAMINHÃO SUPRAMENCIONADO QUANDO O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE E TOMBOU O REFERIDO VEÍCULO NA DESCIDA DA BERRA DO MADÉ, QUE O FATO LHE RESULTOU AS LESÕES DESCRITAS NA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA (CÓPIA EM ANEXO), QUE NÃO ACBITA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA O POPULAR "GATÃO" (CONDUTOR).

Assinatura do(a) pessoa(s) presente nesta unidade policial


GERALDO ALVES RODRIGUES
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CARLOS WARMNE DE F. CAVALCANTI - MAT. 319865-0 - Matrícula: 319865-0**

(Liberado em **03/03/2021 às 10:58**)





Número: **0000784-79.2022.8.17.2160**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Alagoinha**

Última distribuição : **05/12/2022**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Pagamento Indevido**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Advogados
GERALDO ALVES RODRIGUES (AUTOR(A))	
	THIAGO MICKAEL CARVALHO DE ALMEIDA (ADVOGADO(A)) LEONARDO JOSE SILVA FIGUEIROA (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
149257818	25/10/2023 10:21	ANEXO 2	Outros Documentos

Declaração de Inexistência de IML

[X] 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- * 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.



Resolva esse e muitos outros serviços com a Aura.
Fale com ela nos apps Meu Vivo Fixo, Meu Vivo Móvel e WhatsApp.



Acesse pelo WhatsApp:
11 99915-1515



Patrocinadora
Oficial da Seleção
dos Brasileiros.



CTC RECIFE PE PL4
GERALDO ALVES RODRIGUES
RUA JOAQUIM CESARIO GALINDO 53 CS CASA
CENTRO
55260-000 ALAGOINHA PE



Vencimento
02/09/2021

Cadastre-se no Conta
Online. Saiba mais.



Selecione o tipo de documento para
verificar sua identidade.

PARA USO DOS CORREIOS	
☐ 01 - RECIBO DE	☐ 08 - RECIBO DE
☐ 02 - RECIBO DE	☐ 09 - RECIBO DE
☐ 03 - RECIBO DE	☐ 10 - RECIBO DE
☐ 04 - RECIBO DE	☐ 11 - RECIBO DE
☐ 05 - RECIBO DE	☐ 12 - RECIBO DE
☐ 06 - RECIBO DE	☐ 13 - RECIBO DE
☐ 07 - RECIBO DE	☐ 14 - RECIBO DE
☐ 15 - RECIBO DE	☐ 16 - RECIBO DE
☐ 17 - RECIBO DE	☐ 18 - RECIBO DE
☐ 19 - RECIBO DE	☐ 20 - RECIBO DE
☐ 21 - RECIBO DE	☐ 22 - RECIBO DE
☐ 23 - RECIBO DE	☐ 24 - RECIBO DE
☐ 25 - RECIBO DE	☐ 26 - RECIBO DE
☐ 27 - RECIBO DE	☐ 28 - RECIBO DE
☐ 29 - RECIBO DE	☐ 30 - RECIBO DE
☐ 31 - RECIBO DE	☐ 32 - RECIBO DE
☐ 33 - RECIBO DE	☐ 34 - RECIBO DE
☐ 35 - RECIBO DE	☐ 36 - RECIBO DE
☐ 37 - RECIBO DE	☐ 38 - RECIBO DE
☐ 39 - RECIBO DE	☐ 40 - RECIBO DE
☐ 41 - RECIBO DE	☐ 42 - RECIBO DE
☐ 43 - RECIBO DE	☐ 44 - RECIBO DE
☐ 45 - RECIBO DE	☐ 46 - RECIBO DE
☐ 47 - RECIBO DE	☐ 48 - RECIBO DE
☐ 49 - RECIBO DE	☐ 50 - RECIBO DE
☐ 51 - RECIBO DE	☐ 52 - RECIBO DE
☐ 53 - RECIBO DE	☐ 54 - RECIBO DE
☐ 55 - RECIBO DE	☐ 56 - RECIBO DE
☐ 57 - RECIBO DE	☐ 58 - RECIBO DE
☐ 59 - RECIBO DE	☐ 60 - RECIBO DE
☐ 61 - RECIBO DE	☐ 62 - RECIBO DE
☐ 63 - RECIBO DE	☐ 64 - RECIBO DE
☐ 65 - RECIBO DE	☐ 66 - RECIBO DE
☐ 67 - RECIBO DE	☐ 68 - RECIBO DE
☐ 69 - RECIBO DE	☐ 70 - RECIBO DE
☐ 71 - RECIBO DE	☐ 72 - RECIBO DE
☐ 73 - RECIBO DE	☐ 74 - RECIBO DE
☐ 75 - RECIBO DE	☐ 76 - RECIBO DE
☐ 77 - RECIBO DE	☐ 78 - RECIBO DE
☐ 79 - RECIBO DE	☐ 80 - RECIBO DE
☐ 81 - RECIBO DE	☐ 82 - RECIBO DE
☐ 83 - RECIBO DE	☐ 84 - RECIBO DE
☐ 85 - RECIBO DE	☐ 86 - RECIBO DE
☐ 87 - RECIBO DE	☐ 88 - RECIBO DE
☐ 89 - RECIBO DE	☐ 90 - RECIBO DE
☐ 91 - RECIBO DE	☐ 92 - RECIBO DE
☐ 93 - RECIBO DE	☐ 94 - RECIBO DE
☐ 95 - RECIBO DE	☐ 96 - RECIBO DE
☐ 97 - RECIBO DE	☐ 98 - RECIBO DE
☐ 99 - RECIBO DE	☐ 100 - RECIBO DE



Faça tudo pelo app
Meu Vivo Fixo e tenha mais
praticidade. Saiba mais
apresentando o QR Code.



Ative a Conta Digital e Débito
Automático para ainda ganhar benefícios
na programação Vivo Valoriza.



Aproveite e ative também o Débito Automático.
Sua conta é paga sempre em dia, sem se preocupar
com o vencimento.



Ative e recarregue sua conta sempre por e-mail, via chip
até 10 dias antes do vencimento e você ainda contribui
para preservar o nosso planeta.

Praticidade além da conta.
Conta Digital.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO		
RELATÓRIO OPERATÓRIO		
Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE		
Paciente: GERALDO ALVES RODRIGUES	Nº Registro:	
Clinica: ORTOPEDIA	Nº do leito:	
Operador: DR. MAURICIO PAES		
1º Assistente: DR. FELIPE CARVALHO R1	2º Assistente:	
Instrumentador: MACIEL	Anestesista:	
Anestesia: RAQUIANESTESIA + SEDAÇÃO	Duração:	
Data da Operação: 04/02/2019	Início:	Término:
Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA		
Diagnóstico Pós-operatório: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA (GUSTILLO 3A)		
Operação Proposta: CONTROLE DE DANOS		
Operação Realizada: A MESMA		
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO		
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS 3. AMPLIAÇÃO DAS FERIDAS + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9% 4. ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA DOS OSSOS DA PERNA COM FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO EM FORMAÇÃO LINEAR EM PERNA DIREITA 5. SUTURA DA PELE 6. CURATIVO 7. BOA PERFUSÃO DISTAL AO TERMINO DO PROCEDIMENTO 8. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA		

[Handwritten signature]
04 FEV. 2019





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

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Leandro Alves Romarinos

6 - N° DO PRONTUÁRIO

332145

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7014036430110035

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/07/58

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Antonia Emília da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

Sítio Coracás 212

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Alagoinhas

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

PE

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Requebração de fêmur da perna esquerda

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

lesão

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

RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura extensor do punho

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

5822

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

9608050500

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

CNS ☒ CPF ☐

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

07339119450

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

06/02/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Cláudio

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CSOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

PE-40-004

261910391393-2

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Waldo

01/02/19

CPF 00000000000



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 25/10/2023 10:22:26

Número do documento: 23102510212400600000145780205

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23102510212400600000145780205>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/10/2023 10:21:24

N 208841

52.09



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: GERALDO ALVES RODRIGUESProntuário: 333145Data: 04 / 02 / 19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

fratura tráfego de tíbia direita.

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Alta dada sob orientações de DR. Marcelo Copela. Orientaçõesgerais + volta ao ambulatório de ortopedia + prescrição médica.

TRATAMENTO REALIZADO:

controle de dor no ortopedia com fixação externa +acompanhamento ambulatorial.Alta Hospitalar: Data: 21 / 02 / 1902/04/19.

Hora: _____

Ass. do Médico e CRM



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

Genildo Alves Rodrigues

Prontuário:

Data:

/ /

Hora:

DIAGNÓSTICO:

Penetração de tábua

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ab. definitivo a 10 dias

TRATAMENTO REALIZADO:

Trat. curativo

ATB + DVT + cateterização p/ cura

NÃO usar álcool

Alta Hospitalar: Data:

05 / 12 / 19

Hora:

Dr. Ricardo M. do
Traumato - Ortopedista
CRM 14508 RQE 3121

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

Caio Alar Koch

Prontuário:

Data:

21/08/19

Hora:

DIAGNÓSTICO:

Síndrome de Piorres exuberans
fórmula típica no ± 7 dias

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Recebi em pseudo síndroma de Piorres

TRATAMENTO REALIZADO:

Tratamento do Piorres exuberans

Alta Hospitalar: Data:

21/08/19

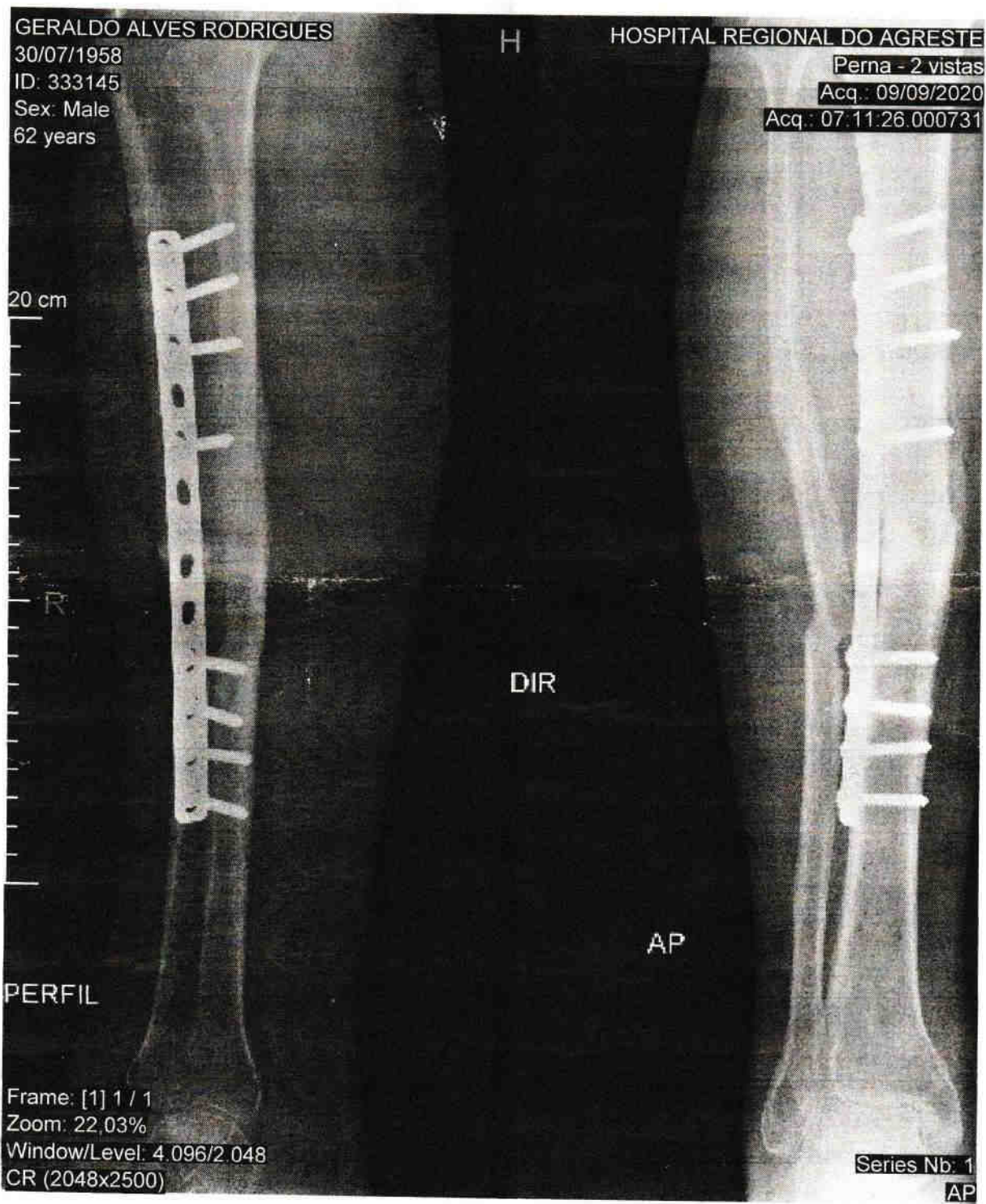
Hora:

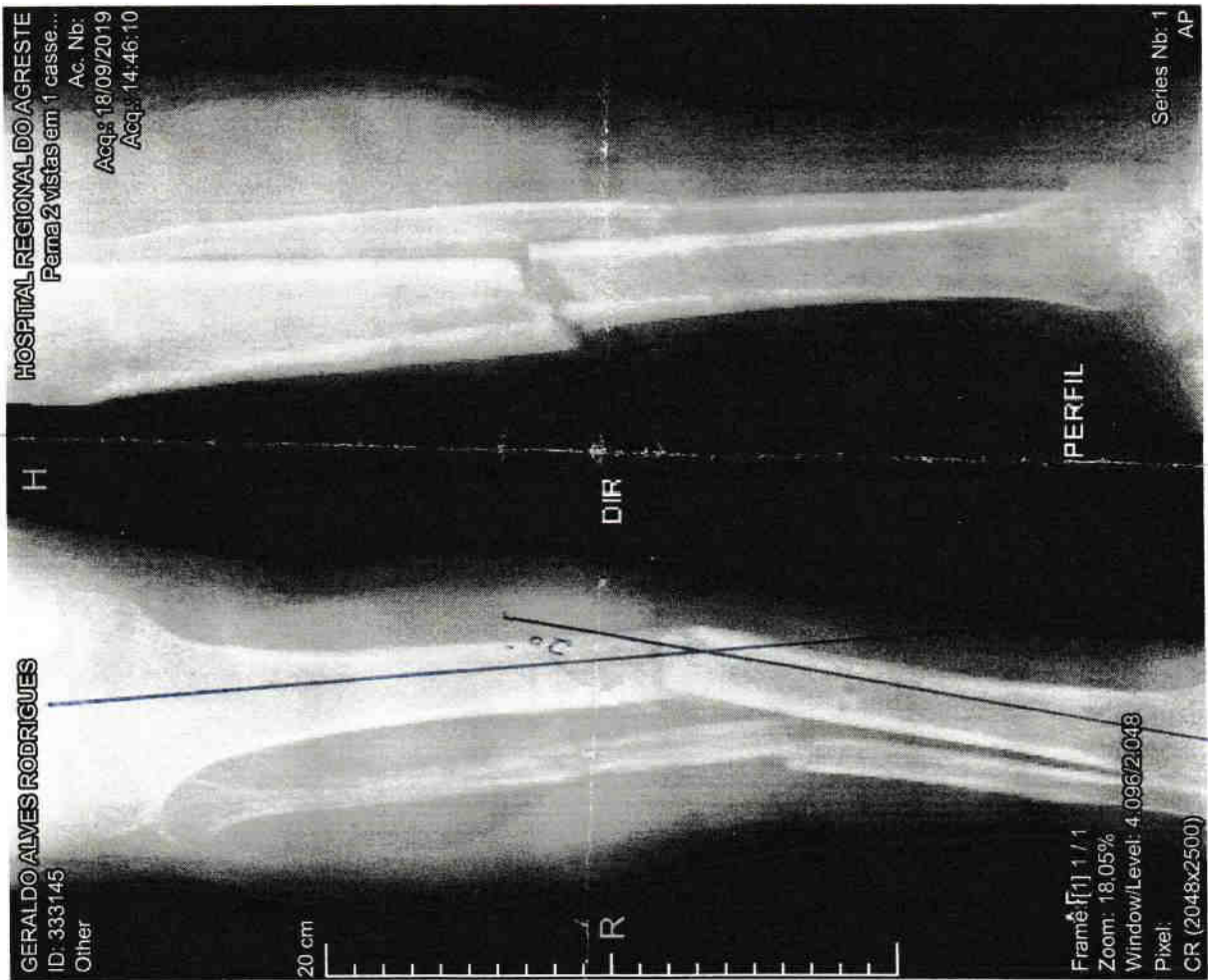
18-09-19

13:00 Hs

Residência

Ass. do Médico e CRM
Carimbo







CIC

NASCIMENTO	INSCRIÇÃO NO CPF
30.07.58	461 866 624 20
CONTRIBUINTE	
GERALDO ALVES RODRIGUES	

[Assinatura]
SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROBATORIO DE INSCRIÇÃO NO
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210220499

Cidade: Alagoinha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GERALDO ALVES RODRIGUES

Data do acidente: 03/02/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA. PÁG 2/3/7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169501/21

Vítima: GERALDO ALVES RODRIGUES

CPF: 461.866.624-20

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/02/2019

Titular do CPF: GERALDO ALVES RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GERALDO ALVES RODRIGUES : 461.866.624-20

- 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.



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210220499

Cidade: Alagoinha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GERALDO ALVES RODRIGUES

Data do acidente: 03/02/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA. PÁG 2/3/7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





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, 24 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210220499 Vítima: GERALDO ALVES RODRIGUES

Data do Acidente: 03/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GERALDO ALVES RODRIGUES

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: GERALDO ALVES RODRIGUES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000003215-8

Conta: 0000012495-8

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. 00277/00278 - carta_15R - INVALIDEZ



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	461.866.624-20	Geraldo Alves Rodrigues
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Geraldo Alves Rodrigues	461.866.624-20	
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultor	Rua Joaquim Cesariano Galindo	53
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Alagoinha	PE
E-mail:	CEP:	
nallyson67@gmail.com	55.260-000	
	Tel.(DDD):	
	85-99461-3003	

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

RENDIA MENSAL:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
☐ Itaú (341)	
☐ Banco do Brasil (001)	
☐ Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 3215 8 CONTA: 12.495 8	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Local e Data, Alagoinha, 13 de setembro de 2021

Nome: Geraldo Alves Rodrigues

CPF: 461.866.624-20

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: Rosomodo José S. Figueira

CPF: 286.782.884-90

Assinatura

2ª | Nome: Nallyson Felipe da Silva

CPF: 121.556.974-22

Assinatura

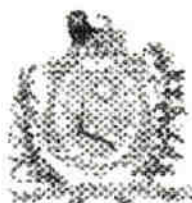
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 113ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALAGOINHA - DP113ªCIRC DINTER1/15ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0203000061**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/03/2021** às **10:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **3/2/2019** às **20:00**

Fato ocorrido no endereço: **ALAGOINHA, 1, SÍTIO CAMPO DO MAGE - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55260-000**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

"GATAO" (AUTOR \ AGENTE)
VALMIR SILVA SANTOS (TESTEMUNHA)
JOSE ADILSON GABRIEL (TESTEMUNHA)
GERALDO ALVES RODRIGUES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): "GATAO"

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

GERALDO ALVES RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANTONIA EMÍLIA DA SILVA Pai: AUGUSTO ALVES RODRIGUES Data de Nascimento: 30/7/1958 Naturalidade: ALAGOINHA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3253448/58P/PE (RG); 46186862420 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 87988571617

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ALAGOINHA, 1, SÍTIO PINDOBA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

"GATAO" (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ALAGOINHA, 1, SÍTIO SETE BARAUNAS - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

VALMIR SILVA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **CONJUNTO CONJ HABITACIONAL PE. ANTONIO GALINDO, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL, 2A RUA**

JOSE ADILSON GABRIEL (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ALAGOINHA, 1, SÍTIO CAMPO DO MAGE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

200.238.83.149/pernambuco/visualizaBO.do?idUn=203&idOc=8871340&nroBO=21E0203000061&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE DE TRÂNS... 1/2



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 25/10/2023 10:22:26

Número do documento: 23102510212400600000145780205

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23102510212400600000145780205>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/10/2023 10:21:24

CAMINHÃO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **"GATAO"**, que estava em posse do(a) Sr(a): **"GATAO"**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/FORD/F4000** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **MUF6645 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **205927670** Chassi: **9BFKXXLSBHDB63027**
Ano Fabricação/Modelo: **1987/1987** Combustível: **DIESEL**

Complemento / Observação

A VÍTIMA AFIRMA QUE TRANSITAVA NO CAMINHÃO SUPRAMENCIONADO QUANDO O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE E TOMBOU O REFERIDO VEÍCULO NA DESCIDA DA SERRA DO MADÉ, QUE O FATO LHE RESULTOU AS LESÕES DESCRITAS NA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA (CÓPIA EM ANEXO), QUE NÃO ACEITA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA O POPULAR "GATÃO" (CONDUTOR).

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

[Assinatura manuscrita]

GERALDO ALVES RODRIGUES
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **CARLOS WARNNE DE F. CAVALCANTI - MAT. 319865-0 - Matrícula: 319865-0**

(Liberado em **03/03/2021 às 10:58**)

