

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.



AURA
A inteligência artificial da Vivo.

Acesse pelo WhatsApp:
11 99915-1515



Aura, mostra
a 2ª via da
minha conta.



vivo



Patrocinadora
Oficial da Seleção
dos Brasileiros.

KOOL
#JOGUEJUNTO



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



Vencimento
02/09/2021

Cadastre-se no Conta
Online. Saiba mais.



Basta o leitor de QR Code para
seu celular em info.vivo.com.br

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



Meu Vivo Fixo e Vivo Móvel
Tudo pelo app
meu Vivo Fixo e Vivo Móvel
Tudo pelo app



Com a Conta Digital e o Débito
Automático, você ainda ganha benefícios
no programa Vivo Valoriza.

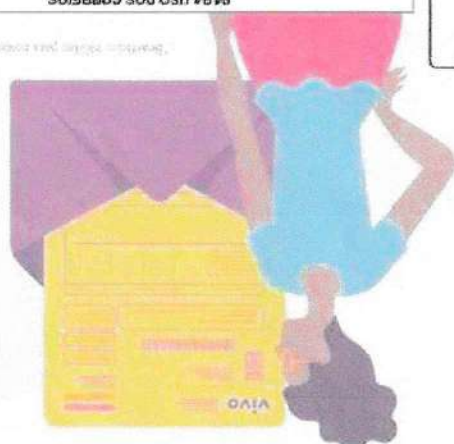


Aproveite e ative também o Débito Automático.
Sua conta paga sempre em dia, sem se preocupar
com o vencimento.



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

Conta Digital.
Praticidade além da conta.



HRA

Prontuário: 333145

Religião:

CNS:701403643010035

Nº: 0

Estado: PE

Profissão: AGRICULTOR

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Paciente vítima de Caspocamento de coroa alveolar C+Ch
elapso a unidade transferido el Protocolo, Queixa de
dor em MID - Nega Desmaio / Vômito

Exame Físico:

A. *Son. Aeneo peruviana* / cc

PA: FC: FR:

B. $\mu \oplus A(1+T) \cdot PA$

e - Fe = 80 bpm / Normale

④ $ECC_2 = 15$

$E_{CC} = 15$
E- Fessante um MID + Dot um Broch (D)

Diag. Provisório:

Politaine. / Hopuna exporta

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RAIO - X

DATA 041021

① Rais x de fois / Pulver

② Brisa & de Trilha ①, Perna ①, Trunzelo ①

③ Analyses to (a) tropical + Rae & de

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário 13h00

① $f_{0.97} = 1200 - t_n$

②. Keflin 2 f. EV

(3) SAT MODE US (IN)

9) $\text{X} + \text{H}^+ \rightarrow \text{X}^+ + \text{H}^-$ (E)

01/02/19

Next tree

Q1-Q2

- Röntgenstrahlung: Licht (9K)

Exa. ECG-15 / find lines

Ad: Alb. der C. Fied.

Ad, quibus dicitur Intepudica

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 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

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

2 4 2 7 4 1 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Leandro Alves Romarinos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

33 2145

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 1 4 0 3 6 4 3 0 1 0 0 3 5

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/07/58

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Antonia Emilia da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Curicaco 216

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Alagoinhas

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

PE

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**Reque virou de lado de
mãe**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Curja

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

M**M. Paulo M. B.**

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura extor do ombro

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

5822**9408050500**

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

CNS ☒ CPF ☐

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

017339117410

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

06/02/91**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 - Nº 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. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PE-40-004**261910391393-2**

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Waldemar

FICHA DE ANESTESIA

N 208841

VALOR

0450X2702501# 227500- S 4-IMP-3-2013

701 4036 4301 0035

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

DN: 30/07/1988.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: GERALDO ALVES RODRIGUES

Prontuário: 333145

Data: 07 / 02 / 19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

FRATURA TRAUMÁTICA DE TÍBIA DIREITA.

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

ALTA DADA SOB ORIENTAÇÃO DE DR. MARCELO COPELA. ORIENTAÇÕES

GERAIS + VOLTA AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA + PRESCRIÇÃO MÉDICA.

TRATAMENTO REALIZADO:

CONTROLE DE DANO ORTOPÉDICO COM FIXAÇÃO EXTERNA +

acompanhamento ambulatorial.

Alta Hospitalar: Data: 21 / 02 / 19

02/04/19.

Hora: _____

Ass. do Médico e CRM

AT 567962

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Reg 333145

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

Gerardo Alves Rodrigues

Prontuário:

Data:

/ /

Hora:

DIAGNÓSTICO:

Penetração de tábua (D)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ab. orientado a 10 dias

TRATAMENTO REALIZADO:

Trat. curativo

ATB + DVT + curativo diário p/ cura

NÃO mais de 2º prazo

Alta Hospitalar: Data:

05 / 12 / 19

Hora:

Dr. Ricardo Mariano
Traumato - Ortopedista
CRM 14588 RQE 3121

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

Caetano Alar Rodrigues

Prontuário:

Data:

21 / 08 / 19

Hora:

DIAGNÓSTICO:

Síndrome de Piorada aguda, com
febre fixa no ± 7 dias

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Remeteu para pseudo síndroma de Piorada

TRATAMENTO REALIZADO:

Deposito do Fígado agudo

Alta Hospitalar: Data:

21 / 08 / 19

Hora:

18-09-19

13:00 Hs

Residência

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

GERALDO ALVES RODRIGUES

30/07/1958

ID: 333145

Sex: Male

62 years

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Perna - 2 vistas

Acq.: 09/09/2020

Acq.: 07:11:26.000731

20 cm

R

DIR

AP

PERFIL

Frame: [1] 1 / 1

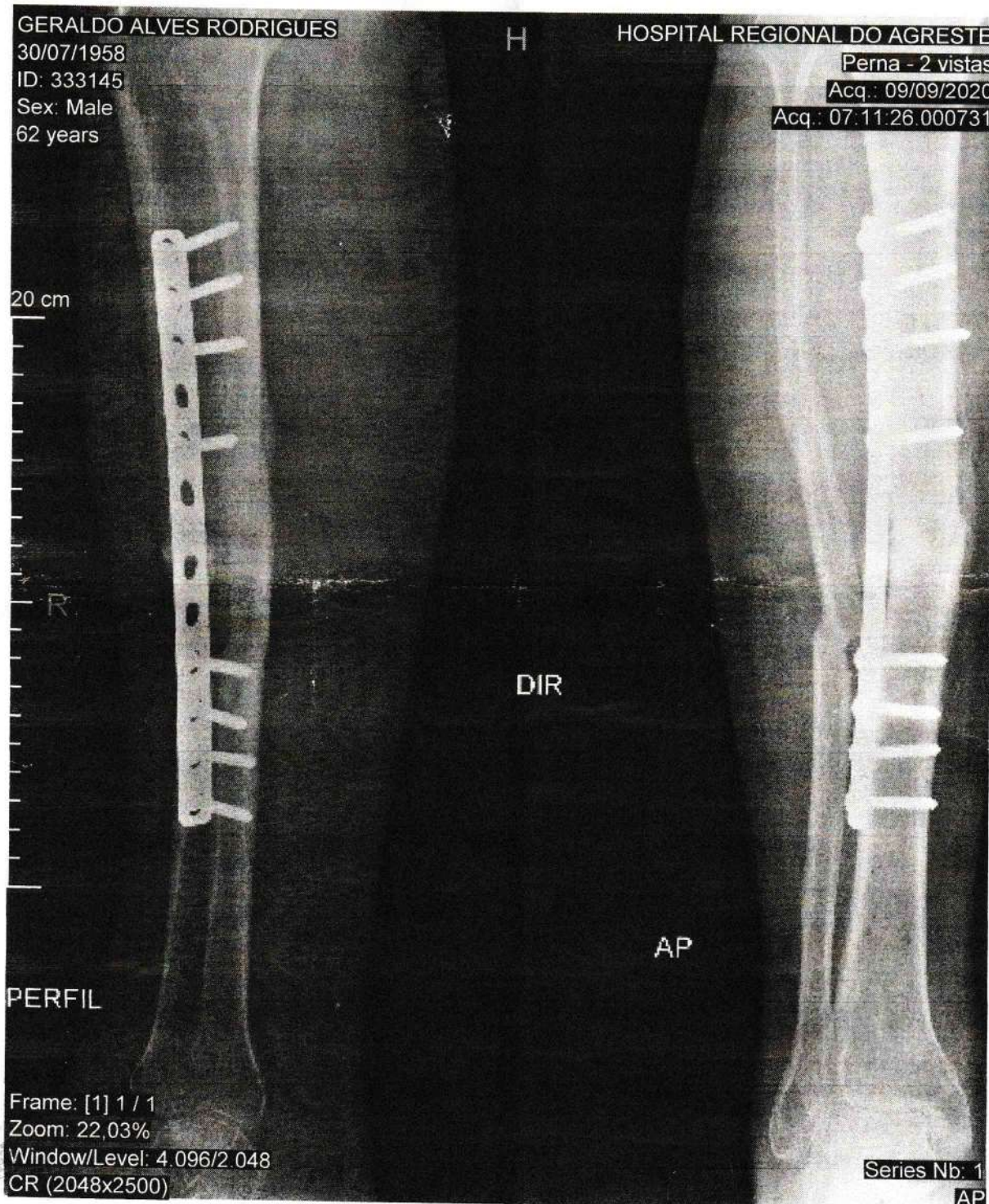
Zoom: 22,03%

Window/Level: 4.096/2.048

CR (2048x2500)

Series Nb: 1

AP



GERALDO ALVES RODRIGUES

ID: 333145

Other

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Perna 2 vistas em 1 casse...

Ac. Nb:

Acq: 18/09/2019

Acq: 14:46:10

20 cm

R

DIR

Frame: [1] 1 / 1

Zoom: 18.05%

Window/Level: 4 096/2 048

Pixel:

CR (2048x2500)

PERFIL

Series Nb: 1

AP

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

181

POLEGAR DIREITO

Geraldo Alves Rodrigues

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3253443 DATA DE EXPEDIÇÃO 23-08-1985

NOME GERALDO ALVES RODRIGUES

Angusto Alves Rodrigues e de
Antonia Emilia da Silva

NATURALIDADE Alagoinha-PE. DATA DE NASCIMENTO 30-07-1958

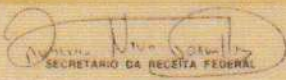
ORIGEM C.N. Nº 470, E. 86, L. nº 402, exp.
em Cart. de Alagoinha-PE.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

C/C

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


SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL

MINISTERIO 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 FISICAS

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERALDO ALVES
RODRIGUES

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.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

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

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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 461.866.624-20 Nome completo da vítima: Geraldo Alves Rodrigues

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

Nome completo: Geraldo Alves Rodrigues CPF: 461.866.624-20
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Joaquim Cesariano Galindo Número: 53 Complemento: Casa
Bairro: Centro Cidade: Alagoinha Estado: PE CEP: 55260-000
E-mail: nallyson67@gmail.com Tel.(DDD): 083-99461-3003

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

RENDA MENSAL:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3215 8 CONTA: 12.495 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ 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 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

Geraldo Alves Rodrigues
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

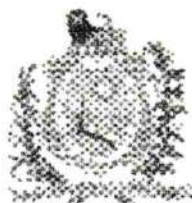
TESTEMUNHAS

1ª | Nome: João Roberto José S. Figueira
CPF: 016.782.884-90
João Roberto José S. Figueira
Assinatura
2ª | Nome: Nallyson Felipe da Silva
CPF: 121.556.974-22
Nallyson Felipe da Silva
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 113ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALAGOINHA - DP113/CIRC DINTER1/15ª DESEC**

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/SSP/PE (RG), 46186662420 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 87068571617

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)

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: **MUF6648** (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 MACÊ, 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

x *Geraldo Alves Rodrigues*

GERALDO ALVES RODRIGUES
(VÍTIMA)

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

(Liberado em **03/03/2021 às 10:58**)

