



Número: **0042172-22.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUNA (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72004 550	03/12/2020 11:58	<u>2754487_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00421722220208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUNA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 1 de dezembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaoportoadvocacia.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 11:58:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311580787600000070592421>
Número do documento: 20120311580787600000070592421

Num. 72004550 - Pág. 1



Número: **0042172-22.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUNA (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72004 551	03/12/2020 11:58	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200241539

Vítima: SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUNA

Data do Acidente: 15/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE VIEIRA DA COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUNA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15922390

Pag. 01541/01542 - carta_01 - INVALIDEZ



00010771



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 11:58:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311580800400000070592422>
Número do documento: 20120311580800400000070592422

Num. 72004551 - Pág. 1

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, 22 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200241539 **Vítima: SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUNA**

Data do Acidente: 15/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE VIEIRA DA COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUNA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUNA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000053

Conta: 0000040723-3

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.

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

2 - Nº doório ou ASL:

3 - CPF da vítima:

771 492 204-44

4 - Nome completo da vítima:

Severino Raimundo Gómez de Lira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZIA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo:

Severino Raimundo Gómez de Lira

6 - CPF:

771 492 204-44

7 - Profissão:

pedreiro

8 - Endereço:

Rua 57 - 100

9 - Número:

17

11 - Bairro:

foro Gravataí

12 - Cidade:

Gravataí

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.100.000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

081-996686080

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente casas de bancos abaixo. Ausculte uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (311)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0053

CONTA: 407 23

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorize a Seguradora Lider 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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

• Não há IML que atende 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 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 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gênero Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

limoeiro (PE) 06/07/2020
Leverino Raimundo Gómez de Lira

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

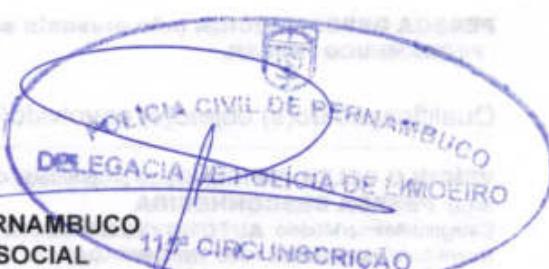
39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115^ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115^ªCIRC
DINTER1/16^ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0205000588

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/03/2020 às 08:19**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 15/1/2020 às 09:33

Fato ocorrido no endereço: **RUA CAPITAO VILARIM, 1 - Bairro: PONTO CERTO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **TIRO DE GUERRA**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA DESCONHECIDA (AUTOR \ AGENTE)
PAULO MARCOS DA SILVA JUNIOR (TESTEMUNHA)
SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUNA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO MARCOS DA SILVA JUNIOR

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

SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUNA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA EUFRAZIO DE LUNA** Pai: **RAIMUNDO SEVERINO DE LUNA** Data de Nascimento: **26/7/1972** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3995986/SDS/PE (RG), 77149220444 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)**
Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 95176868**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 73, RUA SANTA ANA - CEP: 0 - Bairro: JOAO ERNESTO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

PAULO MARCOS DA SILVA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA ROSANGELA BARBOSA** Pai: **PAULO MARCOS DA SILVA** Data de Nascimento: **23/2/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8954642/SDS/PE (RG), 10809149435 (CPF), 06634293480 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares: **- 97392557**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, SÍTIO COQUEIRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

07/03/2020 08:



PESSOA DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO**
/ PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO CELTA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/CELT** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO MARCOS DA SILVA JUNIOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PAULO MARCOS DA SILVA JUNIOR**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 TITAN EX** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDW4867** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **109085608** Chassi: **9C2KC2210GR050693**
 Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

Complemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA, SOLICITOU UMA CORRIDA PARA O MOTOTAXISTA PAULO MARCOS, QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO. QUANDO A MOTOCICLETA ESTAVA TRAFEGANDO PELA AV. CAPITÃO VILARIM (VIA PRINCIPAL), UM VEÍCULO CELTA CRUZOU A VIA E COLIDIU COM A MOTOCICLETA. O AUTOR EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU (DA N° 07/2020, OCORRÊNCIA N° 5735.894). A VITIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL REGIONAL JOSÉ FERNANDES SALSA (PRONTUÁRIO N° 095199, OCORRÊNCIA N° 00225899). POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. A VITIMA CIRURGIU O PÉ DIREITO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, "ENCERRO ESTE DOCUMENTO".

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

SEVERINO RAIMUNDO EUFRASIO DE LUNA *Severino Raimundo Eufrasio de Lula*
 (VITIMA)

PAULO MARCOS DA SILVA JUNIOR *Paulo marcos da Silva junior*
 (TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **DULCIANA SANTOS DO MONTE** - Matrícula: **297083-0**



07/03/2020 08:20

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº doório ou ASL:

3 - CPF da vítima:

771 492 204-44

4 - Nome completo da vítima:

Severino Raimundo Gómez de Lira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZIA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo:

Severino Raimundo Gómez de Lira

6 - CPF:

771 492 204-44

7 - Profissão:

pedreiro

8 - Endereço:

Rua 57 - 100

9 - Número:

17

11 - Bairro:

foro Gómez

12 - Cidade:

Guarulhos

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.100.000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

081-996686080

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente casas de bancos abaixo. Ausculte uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (311)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0053

CONTA: 407 23

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorize a Seguradora Lider 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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito 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 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Gênero de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (mal nascido):

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha Irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Guarulhos (SP) 06/07/2020

Representante Legal (se houver)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

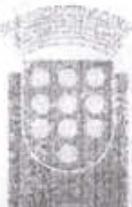
Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**SAMU
192**



PREFEITURA DE
LIMOEIRO
TRABALHANDO POR VOCÊ.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA N°.07/2020

Atendendo ao requerimento do Sr. Severino Reimundo Eufrazio de Luna, portador de Identidade nº 3.995.986 SDS-PE e inscrito no CPF sob o nº 771.492.204-44 declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº S 735.894 que no dia 15 de janeiro de 2020, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Base Descentralizada Limoeiro - SAMU Metropolitano do Recife, com história de colisão carro x moto na Rua Capitão Vilarim, em Limoeiro - PE, onde foram realizados os primeiros cuidados às 09h e 49min em seguida, encaminhado para o Hospital Regional José Fernandes Salsa.

Limoeiro, 04 de fevereiro de 2020.

Marília Bezerra
Coord. Samu Limoeiro
Enfermeira / COREN-PE 356679

Marília Bezerra da Silva
Coordenadora SAMU-LIMOEIRO
Enfermeira/ COREN-PE 356679



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUNA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 000000040723-3

Nr. da Autenticação 331E8CF19A540401



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 11:58:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311580800400000070592422>
Número do documento: 20120311580800400000070592422

Num. 72004551 - Pág. 8

COMM1- 081-996680080 -081-0194828698

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Cuidado com o imposto

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUNA CPF: 771.492.394-44 NIS: 17845073508		DATA DE VENCIMENTO 12/06/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/06/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 04/06/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 111078351	CONTA CONTRATO 002128341016 Nº DO CLIENTE 2001083303 Nº DA INSTALAÇÃO 0001891548
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA STA ANA 73 JOAO ERNESTO/LIMOEIRO 55700-000 LIMOEIRO PE		TOTAL A PAGAR (R\$) 2,14	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico	
RÉSERVADO AO FISCO D06C.24F6.BB9E.89AD.951C.ABC5.31E0.32C8				

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

CONTA CONTRATO 002128341016	MÊS/ANO 06/2020	TOTAL A PAGAR(R\$) 2,14	VENCIMENTO 12/06/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO				

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.





COMPANHIA ENERGÉTICA DA PERNAMBUCO
Av. João da Bemba, 111, Bixiga, Recife - PE, CEP 50020-302
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0000943-03 | www.celepe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE VIEIRA DA COSTA

CPF: 170.888.354-49

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV SEVERINO PINHEIRO 516

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CENTRO/LIMOEIRO
LIMOEIRO PE
55700-000

110798066	UNICA	0000000000000000
03/09/2020	20030317084	1665177

7001722470	06/2020
10/08/2020	03/07/2020
269,92	

DETALHAMENTO DA FATURA	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(pWh)-TUSD	309.0000000	0,42901604	132,66
Consumo Ativo(pWh)-TE	309.0000000	0,36001865	111,49
Consumo Ilum. Pública Municipal			23,72
ICMS Subvenção-CDE-NF 103001195-0304/20			2,15

TOTAL DA FATURA 269,92

DETALHAMENTO DA CONTA DE CONSUMO DA UNIDADE FAMILIAR								
Nº DO MEDIDOR N-1510002	TIPO DA FUNÇÃO CAT	DATA 06/06/2020	ANTERIOR LEITURA 16.343,00	DATA 03/08/2020	ATUAL LEITURA 16.651,00	Nº DE DIA 70	CONSTANTE 1.00000	
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO								
JUN 20 309			BASE DE CALCULO	%	VALOR DO DEPÓSITO	R\$ 0,00	0,00%	
JUL 20 308	ICMS		244,00	25,00	61,01	R\$ 6,00	3,80%	
AGO 20 309	PIB		244,00	0,01	2,38	R\$ 14,00	22,30%	
SETE 20 314	COFINS		244,00	4,45	11,32	R\$ 17,08	7,65%	
AGO 20 300						Entrega Bimétrica	R\$ 12,78	8,22%
AGO 20 310						Tributos	R\$ 74,00	33,44%
AGO 20 311						Total	R\$ 244,00	100%
AGO 20 312								
AGO 20 313								
AGO 20 314								
AGO 20 315								
AGO 20 316								
AGO 20 317								
AGO 20 318								
AGO 20 319								
AGO 20 320								
AGO 20 321								
AGO 20 322								
AGO 20 323								
AGO 20 324								
AGO 20 325								
AGO 20 326								
AGO 20 327								
AGO 20 328								
AGO 20 329								
AGO 20 330								
AGO 20 331								
AGO 20 332								
AGO 20 333								
AGO 20 334								
AGO 20 335								
AGO 20 336								
AGO 20 337								
AGO 20 338								
AGO 20 339								
AGO 20 340								
AGO 20 341								
AGO 20 342								
AGO 20 343								
AGO 20 344								
AGO 20 345								
AGO 20 346								
AGO 20 347								
AGO 20 348								
AGO 20 349								
AGO 20 350								
AGO 20 351								
AGO 20 352								
AGO 20 353								
AGO 20 354								
AGO 20 355								
AGO 20 356								
AGO 20 357								
AGO 20 358								
AGO 20 359								
AGO 20 360								
AGO 20 361								
AGO 20 362								
AGO 20 363								
AGO 20 364								
AGO 20 365								
AGO 20 366								
AGO 20 367								
AGO 20 368								
AGO 20 369								
AGO 20 370								
AGO 20 371								
AGO 20 372								
AGO 20 373								
AGO 20 374								
AGO 20 375								
AGO 20 376								
AGO 20 377								
AGO 20 378								
AGO 20 379								
AGO 20 380								
AGO 20 381								
AGO 20 382								
AGO 20 383								
AGO 20 384								
AGO 20 385								
AGO 20 386								
AGO 20 387								
AGO 20 388								
AGO 20 389								
AGO 20 390								
AGO 20 391								
AGO 20 392								
AGO 20 393								
AGO 20 394								
AGO 20 395								
AGO 20 396								
AGO 20 397								
AGO 20 398								
AGO 20 399								
AGO 20 400								
AGO 20 401								
AGO 20 402								
AGO 20 403								
AGO 20 404								
AGO 20 405								
AGO 20 406								
AGO 20 407								
AGO 20 408								
AGO 20 409								
AGO 20 410								
AGO 20 411								
AGO 20 412								
AGO 20 413								
AGO 20 414								
AGO 20 415								
AGO 20 416								
AGO 20 417								
AGO 20 418								
AGO 20 419								
AGO 20 420								
AGO 20 421								
AGO 20 422								
AGO 20 423								
AGO 20 424								
AGO 20 425								
AGO 20 426								
AGO 20 427								
AGO 20 428								
AGO 20 429								
AGO 20 430								
AGO 20 431								
AGO 20 432								
AGO 20 433								
AGO 20 434								
AGO 20 435								
AGO 20 436								
AGO 20 437								
AGO 20 438								
AGO 20 439								
AGO 20 440								
AGO 20 441								
AGO 20 442								
AGO 20 443								
AGO 20 444								
AGO 20 445								
AGO 20 446								
AGO 20 447								
AGO 20 448								
AGO 20 449								
AGO 20 450								
AGO 20 451								
AGO 20 452								
AGO 20 453								
AGO 20 454								
AGO 20 455								
AGO 20 456								
AGO 20 457								
AGO 20 458								
AGO 20 459								
AGO 20 460								
AGO 20 461								
AGO 20 462								
AGO 20 463								
AGO 20 464								
AGO 20 465								
AGO 20 466								
AGO 20 467								
AGO 20 468								
AGO 20 469								
AGO 20 470								
AGO 20 471								
AGO 20 472								
AGO 20 473								
AGO 20 474								
AGO 20 475								
AGO 20 476								
AGO 20 477								
AGO 20 478								
AGO 20 479								
AGO 20 480								
AGO 20 481								



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraslider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 99 | SAC (para deficientes auditivos e da fala): 0800 022 12 06 | Central Oftidora: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de Indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PERNAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Vílber da Costa

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 40 688 351-49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Serávio Raimundo Ezequiel de Góis inscrito (a) no CPF sob o Nº 771492204-44.

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz. da Vítima Serávio Raimundo Ezequiel de Góis

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 771492204-44 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Av. Serrano Pinheiro</u>	Número:	<u>516</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Belo Horizonte</u>	Estado:	<u>MG</u>
E-mail:				CEP:	<u>55.000-000</u>

Local e Data: Belo Horizonte (PE) 03-07-2020

Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior
Assinatura do Declarante

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
EMERGÊNCIA

AT 818951



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 818845 Prontuário: 0001116694
 Nome: SEVERINO RAIMUNDO EUFRASIO DE LUNA Data Nasc.: 26/07/1972 Idade: 47
 Gênero: MASCULINO CPF: RG: 3995986 CNS: 898004187507444
 Endereço: RUA Z N° 73 Bairro: JOAO ERNESTO Cidade: LIMOEIRO
 : 55700000 Estado: PERNAMBUCO Telefone: 98859047
 Nome da Mãe: SEVERINA EUFRASIO DE LUNA Acompanhante: ESPOSO (A) Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Identificação: 5860925

2 - ATENDIMENTO Data: 15/01/2020 Hora: 23:26

Sintoma Principal/HDA

INTENDE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 02 HORAS COM TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO, NEGA DESMAIOS VOMITOS OU PERDA DE CONSCIÊNCIA

História do Trauma

Perda da Consciência:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Episódio Emético:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Acidente de Trabalho:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO
Identificação de Trânsito:	<input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Tipo:			
Lesão:	<input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Tipo: Motorista <input type="radio"/> Passageiro <input checked="" type="radio"/>			
Deslocamento:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Local de Impacto:			
Hora de Ferimento:	<input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Tipo: Sofreu Queda: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO			
Jejum/diurese:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Por: Transporte Realizado por:			
Condições de imobilização adequadas:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Por que:			

Sintoma Físico:

Hora: Geral	Via aérea está pélvica: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	O paciente fala: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Temp.:
-------------	--	---	--------

CONSCIENTE, ORIENTADO

3: Respiratório:

UPNEICO

Tracutatório	PA:	Pulso:
--------------	-----	--------

EM INSTABILIDADES HEMODINAMICAS

D: Exames Neurológico	Deficiência Motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocônicas <input type="radio"/> Anisocônicas <input checked="" type="radio"/>
Glasgow: Abertura ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
Score: Hora:	Escore: Hora:	Escore: Hora:

E: Abdomen

Diagnóstico Inicial: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

Exames/ Conduta:

SAT / CEFALOTINA AO BLOCO

Definição do Caso:	Internamento <input type="radio"/>	Cirurgia <input checked="" type="radio"/>	Óbito <input type="radio"/>	Termo de Alta <input type="radio"/>	Evadiu-se <input type="radio"/>	Alta <input type="radio"/>	Transferência <input type="radio"/>
--------------------	------------------------------------	---	-----------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

BRAUNER DE SOUZA CAVALCANTI - CRM: N°.23216

Médico

Stérgio
Ortopedia /
Cirurgia /
Traumatologia



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 11:58:08
 https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311580800400000070592422
 Número do documento: 20120311580800400000070592422

Num. 72004551 - Pág. 12

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY
HOSPITAL GETULIO

CÓPIA

262010157292-4



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº Atendimento: 818851
Nome: SEVERINO RAIMUNDO EUFRASIO DE LUNA
Data Nasc.: 26/07/1972
PF: HGV- Hospital Getúlio Vargas
Endereço: RUA Z
Bairro: JOAO ERNSTO
CEP: 55700000
Nome da Mãe: SICILY
Nome do Conjugue:
Nome:
Parentesco:
- INTERNAR PARA

Clínica: CLINICA GERAL

Nº de Internação:

Diagnóstico Inicial

Constante do Laudo Médico:

Procedimento Solicitado:

Procedimento Realizado:

COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1.	Cirurgião	DRº Sérgio Filipe	
2.	1º Auxílio Cirúrgico	DRº Fabrício MRI	
3.	2º Auxílio Cirúrgico		
4.	3º Auxílio Cirúrgico		
5.	Demais Auxílio Cirúrgico		
6.	Anestesista	DRº Tadeu	241.00
7.	Clínico		
8.	Neonatologista		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	041803 0013
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÉNIO	0413043 78/591-0
<input checked="" type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL	5302 1415040053/132
<input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PRÓTESE		

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: CID: CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO:

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
OBJETIVO DA ALTA	Permanência
DATA DA INTERNAÇÃO: 15/01	DATA DA ALTA: 24/01/2020 DIAS DE INTERNAÇÃO:
OBSEVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas pós a alta do paciente.	

de 2



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 15/01/2020 23:20

	Nome Paciente: SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUNA
	Cód. Paciente:
	Data de Nascimento: 26/07/1972
	Sexo: Masculino
	Idade: 47
	Senha: PE0025
	Convênio: -
	Atendimento: SAME:

Período: 15/01/2020 23:21 - 15/01/2020 23:22

ZENAIDE MARIA PEREIRA DA SILVA BARROS - COREN: 56525 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: REFERE ACIDENTE DE MOTO COM DOR + FERIMENTO + SANGRAMENTO EM MID HÁ +/- 13H, NEGA DESMAIO E VOMITO

Medicamento(s): NEGA ALERGIAS

Observação: VINDO LIMOEIRO SENHA 5860925

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 7

Acolhido(a) por: ZENAIDE MARIA PEREIRA DA SILVA BARROS - COREN: 56525 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/01/2020 23:55

e Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 11:58:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311580800400000070592422>
Número do documento: 20120311580800400000070592422

Num. 72004551 - Pág. 14



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: SEVERINO RAJMUNDO EUFRAZIO DE LUNA

1. Ocorrência da Emergência: 818845

1.1 - Atendimentos em: 15/01/2020

1.2 - Às 23 horas e 26 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1116694

2.1 - Internado em: 15/01/2020

2.2 - Alta em: 28/01/2020

3. Hipótese Diagnóstica: - FRATURA EXPOSTA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO.

4. Tratamento: - CIRURGIA EM 16/01/2020 : TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO.

- CIRURGIA EM 24/01/2020 : TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DISTAL DIREITA.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA ÍNTegra DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 25.6.2020

HORA: 15:16:27

PASTA: 01.06.2020

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2167

Drª. Jéssica Guido.





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
H O S P I T A L
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO Registro: 1116694

Data da operação: 24/01/2020

Operador: DR. MANOEL 1º auxiliar: DR CEZAR

1º auxiliar: DR ANDREY MR2

1º auxiliar: DR ANDRE MRI

Anestesista: DRA ALENA

Diagnóstico pré-operatório:

FRATURA DE TÍBIA DISTAL DIREITA

Tipo de operação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DISTAL
DIREITA

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Antissepsia + assepsia;
- 3) Realizada aposição de campos estéreis;
- 4) Observado FRATURA DE TÍBIA DISTAL DIREITA com perda óssea sob fluoroscopia;
- 5) Incisão proximal e distal ao foco de fratura;
- 6) Realizado redução fechada + osteossíntese por técnica em ponte com placa ALCP em titâneo de pequenos fragmentos com 6 parafusos em titâneo (sendo 3 parafusos proximais e 3 parafusos distais) sob fluoroscopia;
- 7) Realizado sutura da pele com Nylon;
- 8) Curativo estéril;
- 9) Observado boa perfusão periférica ao final do procedimento

Dr. André Câncio
Médico
CRM-PE 27767

07.02.03.1054

07.02.03.0627





TERMO DE DESISTÊNCIA DE
TRATAMENTO

Nome:

Identidade No.:

Idade: _____
Órgão expedidor: _____ Nº do Registro: _____

Obs: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome:

Identidade No.:

Idade: _____
Órgão expedidor: _____

Mesmo tendo sido devidamente esclarecido pelo(s) médico(s) que me assiste(m) neste momento, no setor de _____ do Hospital Getúlio Vargas, quanto à necessidade da continuação do tratamento, assumo toda e qualquer consequência relacionada à minha decisão de retirar-me desta Unidade Hospitalar.

Recife, _____ de _____ de _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Testemunha
(NÃO OBRIGATÓRIO)

Testemunha
(NÃO OBRIGATÓRIO)

MÉDICO RESPONSÁVEL:

Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

Recife, _____ de _____ de _____

Médico/CRM

OBSERVAÇÃO: ESTE DOCUMENTO SÓ TEM VALIDADE LEGAL, SE PREENCHIDO CORRETAMENTE E
COM AS ASSINATURAS DO PACIENTE E/OU REPRESENTANTE LEGAL, E DO MÉDICO ASSISTENTE.

HGV.1006.V.2.2015.

Avenida General San Martin s/n – Cordeiro
Recife/PE – CEP 50.630-060
Fone: (81) 31545600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
H O S P I T A L
Getúlio Vargas



Paciente: SEVERINO RAIMUNDO EUFRASIO DE LUNA

Prontuário: 01116694

Data de Nascimento: 26/07/1972

Idade: 47a 7m 7d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

SOLICITO

FISIOTERAPIA 20 SESSOES

HD FRATURA DO TORNOZELO DIREITO

Jader Wanderley
Jader Wanderley
Raimundo Ortopedico
CRM 10897

Recife, 03 DE MARÇO DE 2020

JADER WANDERLEY BARROS E SILVA FILHO - CRM: Nº.10897

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 11:58:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311580800400000070592422>
Número do documento: 20120311580800400000070592422

Num. 72004551 - Pág. 18

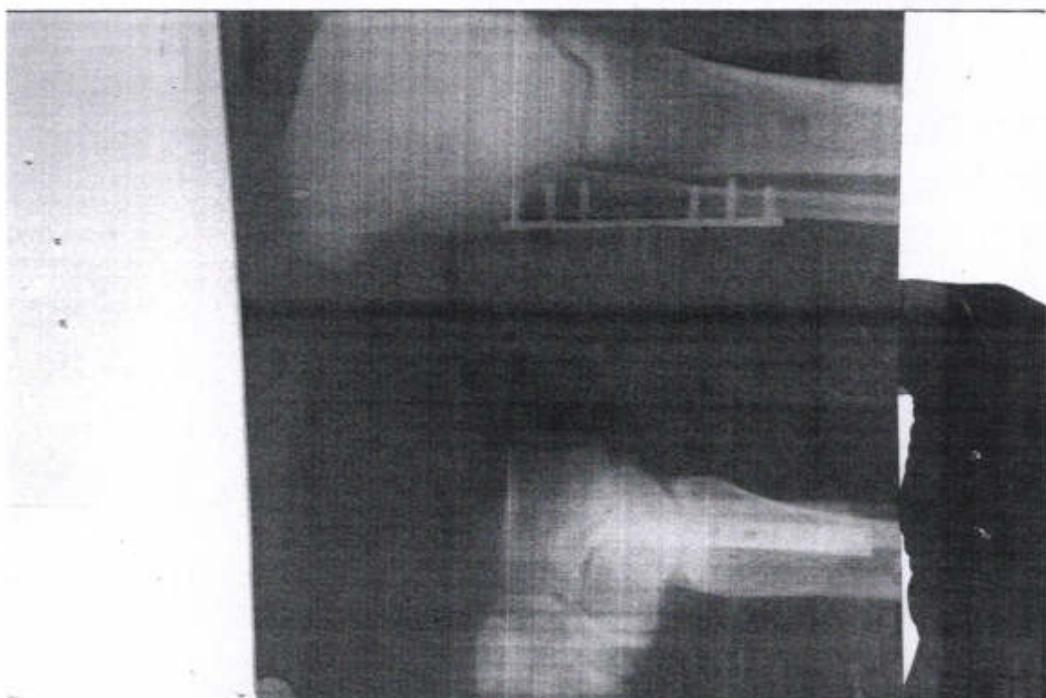
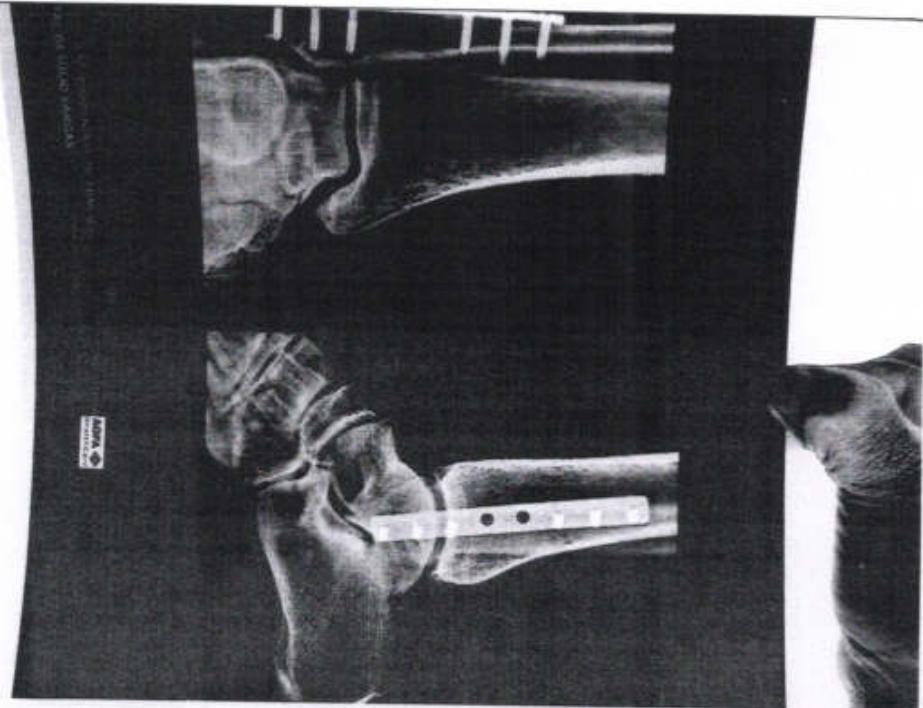
PERNAMBUCO SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SALSA



BOLETIM DE EMERGÊNCIA		PRONTUÁRIO: 095199	CLASSIFICAÇÃO	VERMELHO	Nº OCORRÊNCIA: 00225899		
Nome: SEVERINO RAIMUNDO EUFRASIO DE LUNA	Idade: 47 Anos 5 Meses 20 Dias	CNS:	Est.Civil: SOLTEIRO				
End.: Z	Nº: 73	Nascimento: 26/07/1972	CEP: 55700000	Bairro: JOA ERNESTO			
Mãe: SEVERINO EUFRASIO DE LUNA	Doc nº: 3995986	Acom.:	Nacio.: BRASILEIRA	Cor/Raça: PARDA			
Pai: RAIMUNDO SEVERINO DE LUNA	Telefone:			Sexo: MASCULINO			
Profi.: PEDREIRO			Município: LIMOEIRO				
Encaminhamento: ORTOPEDIA Situação/Sintomas/Queixas/Eventos: PCT DÁ ENTRADA EM SERVIÇO APÓS COLISÃO ENTRE VEÍCULOS. APRESENTA LESÃO EM MID.							
Procedência: Residência Doenças preexistentes: Régua de dor: Pré-consulta: Emergência							
Parâmetros: PA: 14/70 FC: 73 R: T: HGT: 117 Spo2: 99 GLASGOW: Peso:							
Estado do Paciente: Consciente Orientado Calmo							
Sintomas: Dor torácica: Duração da dor: Localização: Dor presente: Irradiação: Serviço Notarial Graças Paz - 3º Ofício de Limoeiro <small>Rua Vicário Joaquim Pinto, nº 131, Centro, Limoeiro-PE, CEP: 56700-006 - Fone: (81) 3639-0712 - Fax: (81) 3639-0306</small> <small>Rel. Maria das Graças da Paz, Pessoa de Mover, Tabelião Titular</small>							
Edemas: Observações: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Últimas Ocorrências</td> <td style="width: 90%;"> Data: Hora: Nº: Situação/Sintomas/Queixas/E 22/12/2019 00:47 00220489 CLÍNICO 14/04/2019 17:59 00159288 CLÍNICA ODONTOLÓGICA </td> </tr> </table>						Últimas Ocorrências	Data: Hora: Nº: Situação/Sintomas/Queixas/E 22/12/2019 00:47 00220489 CLÍNICO 14/04/2019 17:59 00159288 CLÍNICA ODONTOLÓGICA
Últimas Ocorrências	Data: Hora: Nº: Situação/Sintomas/Queixas/E 22/12/2019 00:47 00220489 CLÍNICO 14/04/2019 17:59 00159288 CLÍNICA ODONTOLÓGICA						
Queixas / Diagnóstico <p>Paciente com queixa de dor na mácula. 30.30</p> <p>1) Doloroso - d. na IM copo. 2) Ap. IM do ORTOPEDISTA.</p> <p>Reflexos - f. da veia.</p> <p>Prp. fálico vag</p>							
Tratamento <p>Auxiliar de mdc d. f. na IM exp. 30.30 efo IM d. IM mácula.</p> <p>1) cura coprova 2) d. m. 3) d. m. 4) d. m. 5) d. m.</p>							
Exames complementares <p>U. T. N. T. D. S. P.</p>							
Impressão diagnóstica <p>Entus exposta T. N. T. D.</p>							
Motivo da saída: <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado							
Encaminhado: HRR-5860925							
Óbito às: h m do dia: / / Data saída: / / Hora saída:							
<input type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Nebulização <input type="checkbox"/> Adm. de medicamento <input type="checkbox"/> Retirada de ponto		Técnico / Conselho <small>CORES DE 1010002-TE</small> <small>CRM-PE 25.352</small> <small>Cirurgião Geral</small> <small>Keilin Mendonça</small>		Atendimento Médico <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Obs. até 24 hs Horário: :			
Cód procedimento Técnico / Conselho <small>Nelson Moura</small> <small>CRM-PE 1417142</small> <small>Mat. 03154-14</small> <small>Radiologista</small>							
Horário <small>Mat. 03154-14</small>							

DATA: 15/01/2020 10:21:39 RECEPCIONISTA: CARMÉLIA JOSE RAFAEL

TRIAGEM: CAIO CÉSAR LIRA CAVALCANTI



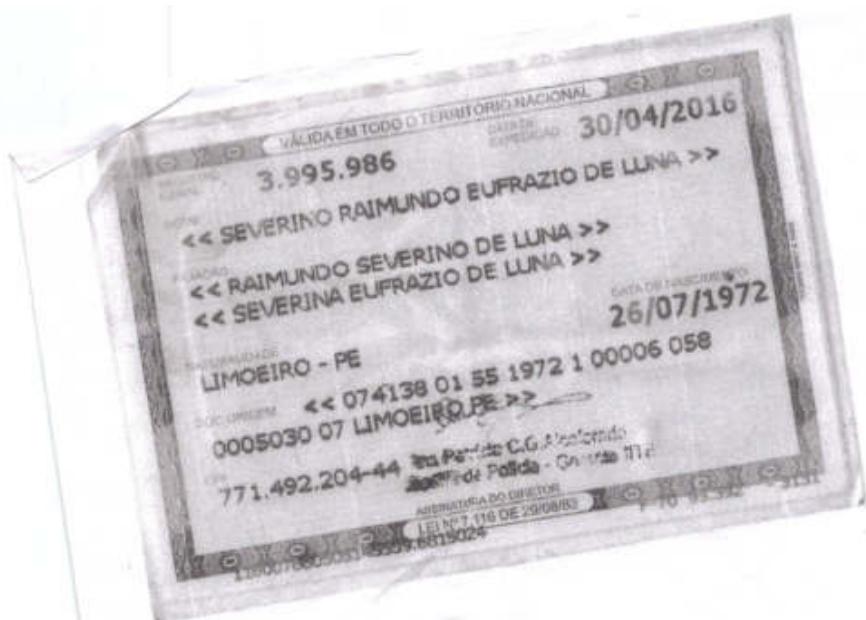
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 11:58:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311580800400000070592422>
Número do documento: 20120311580800400000070592422

Num. 72004551 - Pág. 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 11:58:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311580800400000070592422>
Número do documento: 20120311580800400000070592422

Num. 72004551 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 11:58:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311580800400000070592422>
Número do documento: 20120311580800400000070592422

Num. 72004551 - Pág. 22

Procuração

Outorgante(s):

Nome: Inerino Raimundo Euprazio de Lima
R.G.: 3995986 C.P.F.: 14 1 492 204 44
Endereço: Rua Santa Ana N: 73 Bairro São Ernesto
CEP: 55700-000 Cidade/UF: Limeira - PE

Outorgado(s):

Nome: José Vieira da Costa
R.G.: 1340741 C.P.F.: 14 0.688.354 49
Endereço: Avenida Sertanejo Pinheiro N: 516, Bairro Centro
CEP: 55700-000 Cidade/UF: Limeira - PE

Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal e Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima Inerino Raimundo Euprazio de Lima ocorrido na data em 15/01/2020.

Local: Limeira (PE)

Data: 03/07/2020

Severino Raimundo E. de Lima

Assinatura do Outorgante

A assinatura deverá ser reconhecida por autenticidade ou verdadeira.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0189111/20

Vítima: SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUM

CPF: 771.492.204-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/01/2020

Titular do CPF: SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUMA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE VIEIRA DA COSTA : 170.688.354-49

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUMA : 771.492.204-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/07/2020
Nome: JOSE VIEIRA DA COSTA
CPF: 170.688.354-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JOSE VIEIRA DA COSTA

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 11:58:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311580800400000070592422>
Número do documento: 20120311580800400000070592422

Num. 72004551 - Pág. 24

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200241539 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO RAIMUNDO EUFRASIO DE LIMA **Data do acidente:** 15/01/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA NO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE + PLACA E PARAFUSOS)
ALTA MEDICA. (P1/2/4/5FC/9)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO TORNOZELO 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

