



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)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68893077	01/10/2020 14:31	ANEXO 1	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, contatos 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





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, 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:

☐

DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

771 492 204-44

4 - Nome completo da vítima:

SEVERINO Raimundo Gufrejo de Luna

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012

5 - Nome completo:

Severino Raimundo Gufrejo de Luna

6 - CPF:

771 492 204-44

7 - Profissão:

Pedreiro

8 - Endereço:

Rua 5ª - Nova

9 - Número:

13

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

João Gama

12 - Cidade:

Limoeiro

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (311)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0053

CONTA:

407 23

3

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo 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 INVALEZ 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 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau 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 teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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.

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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

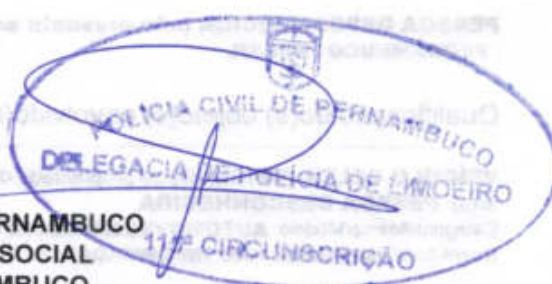
Limoeiro (PE) 06-07-2020
Severino Raimundo Gufrejo de Luna

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0205000588**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) 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 PUBLICA**

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 08:19



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: **AUTOMOVELO/GM/CELTA** 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 VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU (DA N° 07/2020, Ocorrência N° S735.894). A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL REGIONAL JOSÉ FERNANDES SALSA (PRONTUÁRIO N° 095199, Ocorrência N° 00225899). POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. A VÍTIMA CIRURGIU O PÉ DIREITO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, "ENCERRO ESTE DOCUMENTO".

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

SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUNA
(VITIMA)

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:



DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

771 492 204-44

4 - Nome completo da vítima:

SEVERINO Raimundo Gufazio de Luna

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012

5 - Nome completo:

Severino Raimundo Gufazio de Luna

6 - CPF:

771 492 204-44

7 - Profissão:

Pedreiro

8 - Endereço:

Rua 5ª - Nova

9 - Número:

13

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

João Gama

12 - Cidade:

Limoeiro

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (311)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0053

CONTA:

407 23

3

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo 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 INVALEZ 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 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau 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 teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (nel nascos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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.

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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Limoeiro (PE) 06-07-2020
Severino Raimundo Gufazio de Luna

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**SAMU
192**



PREFEITURA DE
LIMOEIRO
TRABALHANDO POR VOCÊ.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº.07/2020

Atendendo ao requerimento do Sr. Severino Raimundo 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



COMPROVANTE - 081-996680080 - 081-094828698

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



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
Ouvidoria 0800 282 5599
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: 771.492.204-44 NIS: 17045073508

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA STA ANA 73

JOAO ERNESTO LIMOERO
55790-080 LIMOERO PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
12/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
2,14

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

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico

RESERVADO AO FISCO
D06C.24F6.BB9E.89AD.951C.ABC5.31E0.32C8

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,00000003	0,00
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	37,00	0,00000002	0,00
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,00000003	0,00
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	37,00	0,00000002	0,00
Contrib. Rum. Pública Municipal			2,14
TOTAL DA FATURA			2,14

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 30 kWh	0,00000003
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,00000002
Consumo-TE até 30 kWh	0,00000003
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,00000002

HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
JUN 20			87
MAR 20			97
ABR 20			90
MAR 20			86
FEV 20			70
JAN 20			104
DEZ 19			114
NOV 19			101
OUT 19			94
SET 19			58
AGO 19			39
JUL 19			46
JUN 19			82

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	0,00	100,00
Transmissão	0,00	0,00
Distribuição (Celpe)	0,00	0,00
Encargos Setoriais	0,00	0,00
Tributos	0,00	0,00
Perdas de Energia	0,00	0,00
TOTAL	0,00	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	0,00	0,97	0,00	0,00	4,48	0,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
088798	CAT	07/05/2020	14.184,58	04/06/2020	14.171,00	28	1,00008	0,86	87,06

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/07/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	LIMOERO	0,00	5,78	11,58	33,16
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,32
EUUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 0,00					
Toda Consumidora pode solicitar a separação dos indicadores GIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você e r pimentel cosmeticos - ma: limoeiro ponto certo / kalid e cordova
servicos: r da alegria 340
MP 950/2020-Tarifa Social-Desconto no consumo até 220kWh.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2. do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 38,92.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

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

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.436, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Rua Vista, Recife - PE, CEP 50250-302
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Ins. Est. 000843-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE VIEIRA DA COSTA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV SEVERINO PINHEIRO 516

CPF 170 888 354-49

CENTRO LIMOEIRO
LIMOEIRO PE
55700-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

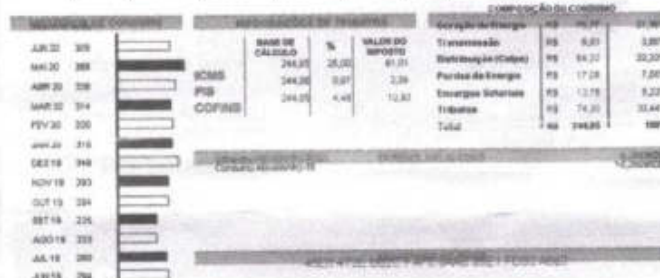
Emprego Faturado: 110786098
Situação: UNICA
Data de Vencimento: 03/08/2020

Período de Faturação: 03/07/2020
Período de Cobrança: 2003032384
Período de Consumo: 1865177

7001722470	06/2020
10/08/2020	03/07/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	
269,92	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)-TUSD	308.000000	0.42901504	132,58
Consumo Ativo (Wh)-TE	308.000000	0.36081865	111,48
Contrib. Ilum. Pública Municipal			23,72
ICMS Subvenção COB-TF 103001166-030420			2,15
TOTAL DA FATURA			
			269,92

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (Wh)
110786098	CAT	06/05/2020	16 343,00	03/08/2020	18 963,00	28	1,0000	308,00



Informamos que a tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores que possuem renda familiar mensal de até 5 salários mínimos e que não possuem acesso à rede de distribuição de energia elétrica. A tarifa social é aplicada sobre o consumo de energia elétrica, conforme Decreto Estadual nº 20.478/19. O consumo é considerado quando há registro de continuidade de utilização de energia elétrica no período de faturamento. Pagos em atraso geram multa 2% (dois por cento) sobre o valor devido (R\$ 5,40) e juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculados em percentual sobre o valor devido, até o pagamento. A tarifa social não é acumulada com outras tarifas.

Resumo da Tarifa Social					Resumo da Tarifa Social	
Descrição	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
Consumo Ativo (Wh)-TUSD	132,58	Consumo Ativo (Wh)-TE	111,48	Contrib. Ilum. Pública Municipal	23,72	
ICMS Subvenção COB-TF 103001166-030420	2,15					
				TOTAL DA FATURA		
				269,92		

COMPETENTE: 10/08/2020 DATA: 10/08/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 269,92





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradomalider.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)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 99 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 das 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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Fozé Véllica da Costa

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

140 688 35 / 49

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalididez

da Vítima

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 771492204 / 44

Severino Raimundo Euzébio de Gama

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 Líder-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:

av. Severino Pinheiro

Número:

516

Complemento:

Casa

Bairro:

Centro

Cidade:

Campos

Estado:

PE

CEP:

55100000

Tel.(DDD):

E-mail:

Local e Data:

Campos (PE) 03-07-2020.

Assinatura do Declarante



01/10/2020/3017



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EMERGÊNCIA



AT 818851

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 818845

Prontuário: 0001116694

Nome: SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUNA

Data Nasc.: 26/07/1972

Idade: 47

Sexo: MASCULINO

CPF:

RG: 3995986

CNS: 898004187507444

Endereço: RUA Z

Nº 73

Bairro: JOAO ERNESTO

Cidade: LIMOEIRO

CEP: 55700000

Estado: PERNAMBUCO

Telefone: 98859047

Nome da Mãe: SEVERINA EUFRAZIO DE LUNA

Acompanhante: ESPOSO (A)

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Urgência: 5860925

2 - ATENDIMENTO

Data: 15/01/2020

Hora: 23:26

Síntese Principal/HDA

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

História do Trauma

Perda da Consciência:	☐ SIM ☒ NÃO	Episódio Emético:	☐ SIM ☒ NÃO	Acidente de Trabalho:	☐ SIM ☒ NÃO
Identidade de Trânsito:	☒ SIM ☐ NÃO	Tipo:			
Ilusão:	☒ SIM ☐ NÃO	Tipo:	Motorista ☐ Passageiro ☐		
Envolvimento:	☐ SIM ☒ NÃO	Local de Impacto:			
Tempo de Ferimento:	☒ SIM ☐ NÃO	Tipo:	Sofreu Queda:	☐ SIM ☒ NÃO	
Lesão:	☐ SIM ☒ NÃO	Por:	Transporte Realizado por:		
Condições de Imobilização adequadas:	☐ SIM ☒ NÃO	Por que:			

Exame Físico:

1: Geral	Via aérea está pervia:	☐ SIM ☒ NÃO	O paciente fala:	☐ SIM ☒ NÃO	Temp.:
----------	------------------------	--	------------------	--	--------

CONSCIENTE, ORIENTADO

5: Respiratório:

OPNEICO

5: Incuatório	PA:	Pulso:
---------------	-----	--------

SEM INSTABILIDADES HEMODINAMICAS

D: Exames Neurológico

Glasgow: Abertura ocular	Deficiência Motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Score: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
Score: Hora:	Score: Hora:	Score: Hora:

E: Abdomen

Diagnóstico Inicial: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

Exames/ Conduta:

SAT / CEFALOTINA AO BLOCO

Definição do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☒ Óbito ☐ Termo de Alta ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Transferência ☐

BRAUNER DE SOUZA CAVALCANTI - CRM: Nº.23216

Médico

Serg. Wellington
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 130699
TEC 01/2017





SECRETARIA DE SAÚDE DO ES
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY
HOSPITAL GETULIO

COPIA
262010157292-4

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Nº Atendimento: 818851 Nº AIH: _____
Nome: SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUNA Prontuário: 1116694
Data Nasc.: 26/07/1972
PF: _____
Endereço: RUA Z LAURO DE FREITAS, 73 - JOAO ERNESTO - LIMOIEIRO - PE - Cep 55700000
Religião: _____
Nº: 73
Estado: PE
Nome da Mãe: Sílvia Eufrazio de Luna
Nome do Conjuge: _____
Nome: _____
Parentesco: _____ Fone: 98859047

- INTERNAR PARA
Clínica: CLINICA GERAL Prestador: 1
Unidade de Internação: Leito: SR 39
Diagnóstico Inicial
Constante do Laudo Médico: Fratura exposta de Manguito Rotador (D) + CID: _____
Procedimento Solicitado: extensão percutânea do canal Cód.: _____
Procedimento Realizado: LMC + abridor de canal + costura Cód.: _____

COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1.	Cirurgião	DRº SEPÍDIO FELIPE	
2.	1º Auxílio Cirúrgico	DRª Juliana WRT	
3.	2º Auxílio Cirúrgico		
4.	3º Auxílio Cirúrgico		
5.	Demais Auxílio Cirúrgico		
6.	Anestesista	DRº Tadeu	
7.	Clínico		
8.	Neonatalogista		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ 0413040170/591-0
☐ DIÁRIA DE UTI ☐ USO DE OXIGÊNIO ☐ 0415040038/1722
☒ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL ☐
☐ USO DE ÔRTESE E PRÓTESE ☐

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

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO
MOTIVO DA ALTA
DATA DA INTERNAÇÃO: 15/01 DATA DA ALTA: 24/01/2020 DIAS DE INTERNAÇÃO: 9
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.



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 HÂ +/- 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





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: SEVERINO RAIMUNDO 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 MOTOCICLISTICO

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 2187

Drª. Jéssica Guido.





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
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 MR1

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 titânio de pequenos fragmentos com 6 parafusos em titânio (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 Cândia
Médico
CRM - PE: 27767

07.02.03.1054

07.02.03.0627





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



TERMO DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO

Nome: _____ Idade: _____
Identidade No.: _____ 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: _____ Idade: _____
Identidade No.: _____ 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.1008.V.2.2015.

Avenida General San Martin s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX81 31845500





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO 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
Traumato Ortopedia
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 - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



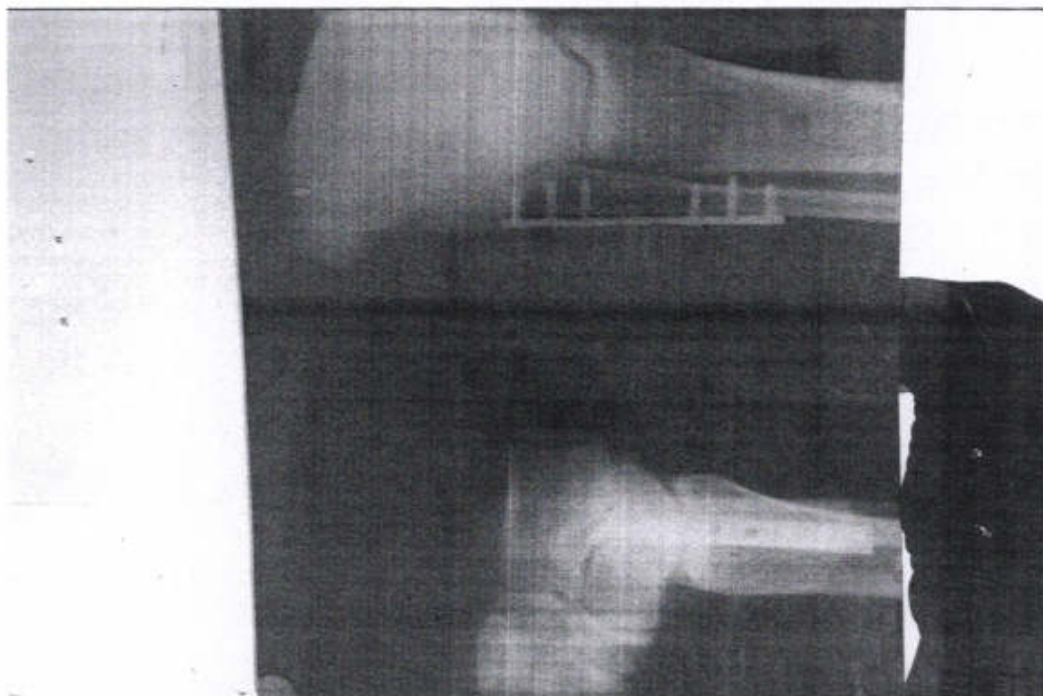
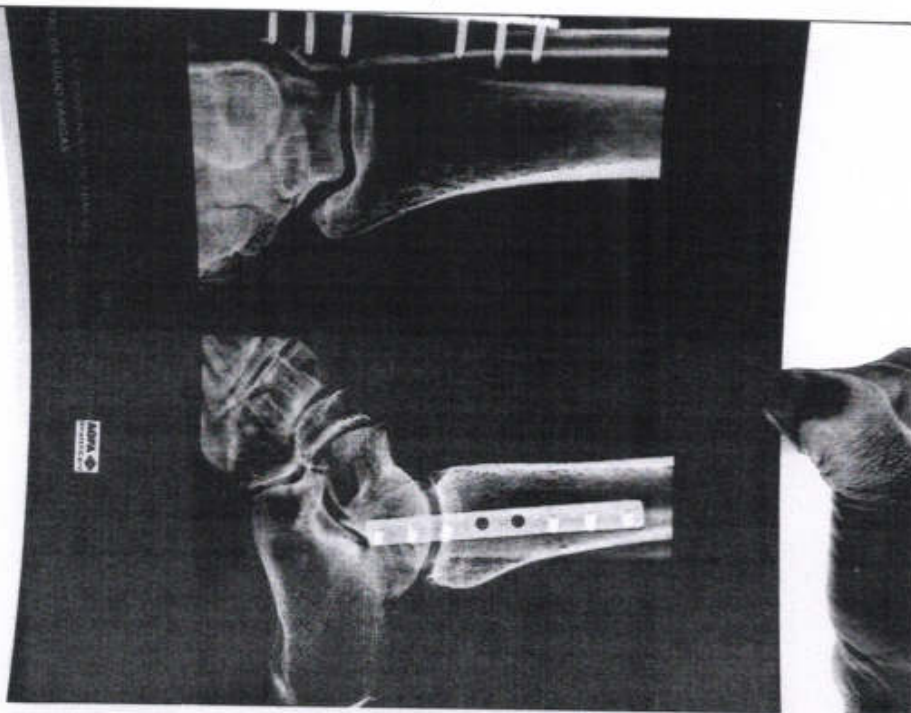
Nome: SEVERINO RAIMUNDO EUFRASIO DE LUNA	Idade: 47 Anos 5 Meses 20 Dias	CNS:	Est.Civil: SOLTEIRO
End.: Z	Nº: 73	Nascimento: 26/07/1972	CEP: 55700000
Mãe: SEVERINO EUFRASIO DE LUNA	Doc nº: 3995986	Nacio.: BRASILEIRA	Bairro: JOA ERNESTO
Pai: RAIMUNDO SEVERINO DE LUNA	Acom.:		Cor/Raça: PARDAS
Prof.: PEDREIRO	Telefone:	Municip: LIMOEIRO	Sexo: MASCULINO

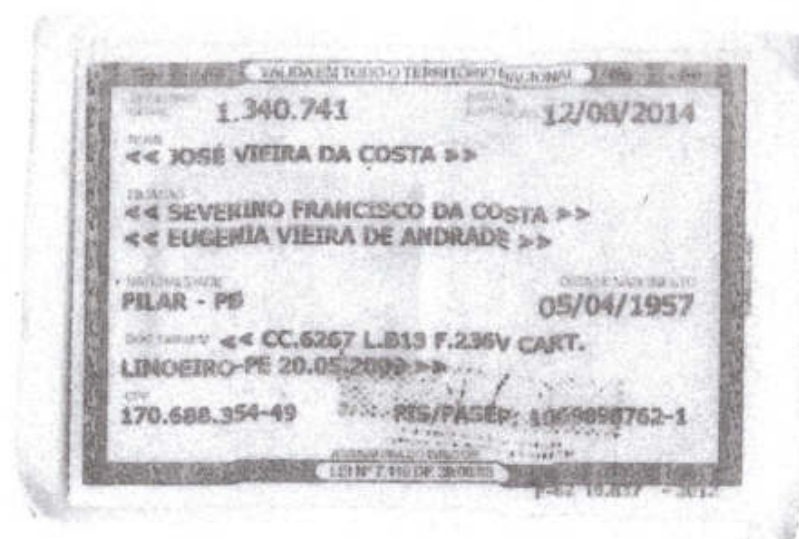
Encaminhamento: ORTOPEDIA																				
Situação/Sintomas/Queixas/Eventos: PCT DÁ ENTRADA EM SERVIÇO APÓS COLISÃO ENTRE VEÍCULOS. APRESENTA LESÃO EM MID.																				
Intolerância/Alerg.: NEGA																				
Parâmetros: PA: 14/70 FC: 73 R: T: HGT: 117 SpO2: 99 GLASGOW: Peso:																				
Estado do Paciente: Consciente Orientado Calmo																				
Sintomas:																				
Dor torácica: Duração da dor:																				
Dor presente: Irradiação:																				
Edemas:																				
Observações:																				
<table border="1"><thead><tr><th>Últimas Ocorrências</th><th>Data:</th><th>Hora:</th><th>Nº:</th><th>Situação/Sintomas/Queixas/E</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>22/12/2019</td><td>00:47</td><td>00220489</td><td>CLINICO</td></tr><tr><td></td><td>14/04/2019</td><td>17:59</td><td>00159288</td><td>CLÍNICA ODONTOLÓGICA</td></tr></tbody></table>						Últimas Ocorrências	Data:	Hora:	Nº:	Situação/Sintomas/Queixas/E		22/12/2019	00:47	00220489	CLINICO		14/04/2019	17:59	00159288	CLÍNICA ODONTOLÓGICA
Últimas Ocorrências	Data:	Hora:	Nº:	Situação/Sintomas/Queixas/E																
	22/12/2019	00:47	00220489	CLINICO																
	14/04/2019	17:59	00159288	CLÍNICA ODONTOLÓGICA																
Queixas / Diagnóstico Paciente com queixa de dor em um membro superior direito. Ref: 1) Urticária - há 1m após IM agudo. 2) ap. RR. AD ORTOPLASTIA. Urticária - f.o de urticária. Rápido fechamento de ferida.																				
Tratamento Ausultação de pulmões sem ruídos significativos. Exame físico completo sem alterações. Prescrição de analgésico e anti-inflamatório.																				
Exames complementares UE TNEZ por TC																				
Impressão diagnóstica Fratura Exposta TNEZ D																				
Motivo da saída: ☐ Residência ☐ Internado																				
Justificativa:																				
Removido:																				
Óbito às: h m do dia: / /																				
Data saída: / / Hora saída:																				
<table border="1"><tr><td>☐ Curativo ☐ Nebulização ☐ Adm. de medicamento ☐ Retirada de ponto</td><td>Técnico / Conselho Nelson Moura Téc. Radiologia Mat. 0315</td><td>Atendimento Médico ☐ Urgência ☐ Obs. até 24 hs Horário: :</td><td>Médico / CRM João Ricardo Pontes Carrui CRM-7142 Ortopedia/Traumatologia</td></tr></table>						☐ Curativo ☐ Nebulização ☐ Adm. de medicamento ☐ Retirada de ponto	Técnico / Conselho Nelson Moura Téc. Radiologia Mat. 0315	Atendimento Médico ☐ Urgência ☐ Obs. até 24 hs Horário: :	Médico / CRM João Ricardo Pontes Carrui CRM-7142 Ortopedia/Traumatologia											
☐ Curativo ☐ Nebulização ☐ Adm. de medicamento ☐ Retirada de ponto	Técnico / Conselho Nelson Moura Téc. Radiologia Mat. 0315	Atendimento Médico ☐ Urgência ☐ Obs. até 24 hs Horário: :	Médico / CRM João Ricardo Pontes Carrui CRM-7142 Ortopedia/Traumatologia																	
Cód procedimento																				
Técnico / Conselho																				
Horário																				

DATA: 15/01/2020 10:21:39 REÇEPCIONISTA: C. MARIA JOSE RAFAEL

TRIAGEM: CAIO CÉSAR LIRA CAVALCANTI









Procuração

Outorgante(s):

Nome: Severino Raimundo Euzázio de Luna
R.G.: 3995986 C.P.F.: 744 492 204 44
Endereço: Rua Santa Ana N° 73 Bairro João Ernesto
CEP: 55400000 Cidade/UF: Limoeiro - PE

Outorgado(s):

Nome: João Vieira da Costa
R.G.: 9340747 C.P.F.: 140.688.354 49
Endereço: Avenida Severino Pinheiro N° 516, Bairro Centro
CEP: 55400000 Cidade/UF: Limoeiro - 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

Severino Raimundo Euzázio de Luna
ocorrido na data em 15/01/2020.

Local: Limoeiro (PE) Data: 03/07/2020.

Severino Raimundo E. de Luna
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 LUN

CPF: 771.492.204-44

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 15/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO RAIMUNDO
EUFRAZIO DE LUNA

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 LUNA : 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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200241539 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUNA **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 CIRURGICO (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

