
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



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:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ 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 FAIXA DE 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 Ana

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 (312)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0053

CONTA: 407 23

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou 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 (filhos)?

☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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:

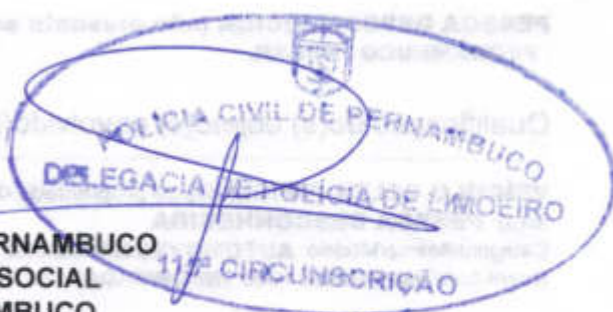
Limoeiro (PE) 06-07-2020

Severino Raimundo Gufrejo de Luna

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do 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 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 (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 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**

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: **AUTOMOVEI/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)

Severino Raimundo Eufrazio de Luna

PAULO MARCOS DA SILVA JUNIOR (TESTEMUNHA)

Paulo Marcos da Silva Junior

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ 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 FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Severino Raimundo Gufrejo de Luna

6 - CPF:

771 492 204-44

7 - Profissão:

Pedreiro

8 - Endereço:

Rua 5ª Ana

9 - Número:

13

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

João Gama

12 - Cidade:

Limeira

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\$1.000,00 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 (312)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0053

CONTA:

407 23

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 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 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 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 (ou Civil)

☐

Divorçado

☐

Separado judicialmente

☐

Viuvo

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 (filhos)?

☐

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:

Limeira (PE) 06-07-2020

Severino Raimundo Gufrejo de Luna

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

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



www.celpe.com.br

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 NID: 17045073508

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA STA ANA 73

JOAO ERNESTO LIMOIREIRO
55700-000 LIMOIREIRO 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. Ilum. Pública Municipal			2,14
TOTAL DA FATURA			2,14

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

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,00000003	JUN 20	07
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,00000002	MAI 20	97
Consumo-TE até 30 kWh	0,00000003	ABR 20	90
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,00000002	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

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
038798	CAT	07/05/2020	14.104,00	04/06/2020	14.171,00	28	1,00000	0,66	67,00

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
abr/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	LIMOIREIRO	0,00	5,79	11,58	33,16
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	2,30	6,90	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,37	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,32
EUSD-Valor do Encargo de Uso					R\$ 0,00

Toda Consumidora pode solicitar a supressão dos indicadores (DIC, FIC, DMIC e DICRI) a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você e r pimentel cosmetics - me; limoieiro ponto certo / kaia 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\$ 38,82.
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 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURAL - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-302
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-80 | 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

CPF DO CLIENTE	TIPO DE	DATA DE
----------------	---------	---------

110798096 UNICA 03/06/2020

DATA DE	DATA DE	DATA DE
---------	---------	---------

03/08/2020 20/03/2024 1865177

NUMERO DE	DATA DE
-----------	---------

7001722470 06/2020

10/08/2020 03/07/2020

269,92

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)-TUSD	308,000000	0,42901808	132,58
Consumo Ativo (Wh)-TE	308,000000	0,36081855	111,48
Contrib. Ilum. Pública Municipal			23,72
ICMS Subvenção COE-NF 103001185-03/04/20			2,15

TOTAL DA FATURA

269,92

DEMONSTRAÇÃO DO CONSUMO DA NOTA FISCAL

Nº DO	TPC DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
MEDIDOR	FUNÇÃO	DE	LEITURA	LEITURA	DE			
7016000	CAT	06/05/2020	16 343,00	03/08/2020	16 502,00	28	1,0000	308,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO DE CONSUMO	PERÍODO DE FATURAMENTO	DESCRIÇÃO DO CONSUMO	VALOR (R\$)	PERCENTUAL (%)
JUN 20 308		Transmissão	R\$ 6,81	2,53%
JUL 20 308		Distribuição (Cabo)	R\$ 54,32	20,13%
AGO 20 308		Perdas de Energia	R\$ 17,28	6,40%
SET 20 314		Energia Solar	R\$ 12,75	4,74%
OUT 20 300		Taxas	R\$ 74,30	27,53%
NOV 20 316		Total	R\$ 265,46	100%

PERÍODO DE CONSUMO	PERÍODO DE FATURAMENTO	DESCRIÇÃO DO CONSUMO	VALOR (R\$)	PERCENTUAL (%)
DEZ 19 316		Transmissão	R\$ 6,81	2,53%
GEN 20 316		Distribuição (Cabo)	R\$ 54,32	20,13%
FEB 20 316		Perdas de Energia	R\$ 17,28	6,40%
MAR 20 316		Energia Solar	R\$ 12,75	4,74%
ABR 20 316		Taxas	R\$ 74,30	27,53%
MAY 20 316		Total	R\$ 265,46	100%

Para mais informações sobre a Tarifa Social de Energia Elétrica, consulte o site www.celpe.com.br ou ligue para 0800 000 0000. A Tarifa Social de Energia Elétrica é destinada aos consumidores residenciais de baixa renda, inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico). Para saber mais sobre a Tarifa Social de Energia Elétrica, consulte o site www.celpe.com.br ou ligue para 0800 000 0000.

As condições gerais de
compra e venda estão
disponíveis no site
www.celpe.com.br
ou no telefone 0800 000 0000.

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	PERCENTUAL (%)
Consumo Ativo (Wh)-TUSD	132,58	49,11%
Consumo Ativo (Wh)-TE	111,48	41,30%
Contrib. Ilum. Pública Municipal	23,72	8,79%
ICMS Subvenção COE-NF 103001185-03/04/20	2,15	0,80%
TOTAL DA FATURA	269,92	100%

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO DATA 06/08/2020 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.seguradoralider.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 08h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 91 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 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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Felipe Véllica da Costa

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 140 688 35 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Sereno Raimundo Euzébio de Lima inscrito (a) no CPF sob o nº 771492204 / 44

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Sereno Raimundo Euzébio de Lima

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: <u>Av. Sereno Pinheiro</u>	Número: <u>516</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Campos</u>	CEP: <u>55100000</u>
E-mail: _____	Estado: <u>PE</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: Campos (PE) 03-07-2020

Assinatura do Declarante



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EMERGÊNCIA



AT 818851

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 818845 Prontuário: 0001116694
Data Nasc.: 26/07/1972 Idade: 47
Nome: SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUNA
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
Identificação: 5860925

2 - ATENDIMENTO

Data: 15/01/2020 Hora: 23:26

Exatidão Principal/HDA

CEINTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA 02 HORAS COM TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO, NEGA DESMAIOS VOMITOS OU PERDA DE CONSCIENCIA

História do Trauma

Perda da Consciência:	☐ SIM ☒ NÃO	Episódio Emético:	☐ SIM ☒ NÃO	Acidente de Trabalho:	☐ SIM ☒ NÃO
Identidade de Trânsito:	☒ SIM ☐ NÃO	Tipo:			
Visão:	☒ SIM ☐ NÃO	Tipo:	Motorista ☐ Passageiro ☐		
Propelamento:	☐ SIM ☒ NÃO	Local de Impacto:			
Tipo de Ferimento:	☒ SIM ☐ NÃO	Tipo:	Sofreu Queda:	☐ SIM ☒ NÃO	
Queimadura:	☐ SIM ☒ NÃO	Por:	Transporte Realizado por:		
Condições de imobilização adequadas:	☐ SIM ☒ NÃO	Por que:			

Exame Físico:

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

CONSCIENTE, ORIENTADO

Exame Respiratório:

TAQUIPNEICO

Insulatório	PA:	Pulso:
-------------	-----	--------

SEM INSTABILIDADES HEMODINAMICAS

Exames Neurológico

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

Exame 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: N.º.23216

Médico

Sarg
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 11.111
TEC. 11.111

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE N° Atendimento: 818851 N° AIH: _____

Nome: SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUNA Prontuário: 1116694

Data Nasc.: 26/07/1972 IRDA Religião: _____

PF: 1116694 818851 8004187507444

Endereço: RUA Z Leito: SR 39

Alm: JOAO ERNesto Sexo: MASCULINO

CEP: 55700000 Fone: 9885-9047

Nome da Mãe: SI

Nome do Conju: _____

Nome: _____

Parentesco: _____

Fone: 98859047

- INTERNAR PARA _____

Clínica: CLINICA GERAL

Unidade de Internação: _____

Prontuário: 1116694

Leito: SR 39

Diagnóstico Inicial _____

Constante do Laudo Médico: _____

Procedimento Solicitado: _____

Procedimento Realizado: _____

COD: _____

EQUIPE _____

NOME DO PROFISSIONAL _____

MATRICULA _____

1. Cirurgião _____

2. 1º Auxílio Cirúrgico _____

3. 2º Auxílio Cirúrgico _____

4. 3º Auxílio Cirúrgico _____

5. Demais Auxílio Cirúrgico _____

6. Anestesista _____

7. Clínico _____

8. Neonatologista _____

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO _____

DIÁRIA DE UTI _____

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE _____

USO DE ÓRTESE E PRÓTESE _____

USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO _____

USO DE OXIGÊNIO _____

NUTRIÇÃO PARENTERAL _____

CODIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: _____

CID: _____

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO: _____

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

MOTIVO DA ALTA

DATA DA INTERNAÇÃO: 15/04 DATA DA ALTA: 24/04/2020 DIAS DE INTERNAÇÃO: 9

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas

pós 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



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 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
PÁGINA: 01.06.2020
JGAS
RS

Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2787

Dr^a. 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: 21767

07.02.03.1054

07.02.03.0627



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.



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

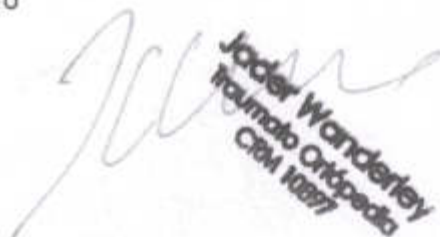
Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

SOLICITO

FISIOTERAPIA 20 SESSOES

HD FRATURA DO TORNOZELO DIREITO


Jader Wanderley
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 Martín, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600

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.: 2 Nº: 73 Nascimento: 26/07/1972 CEP: 55700000 Bairro: JOA ERNESTO
Mãe: SEVERINO EUFRASIO DE LUNA Doc nº: 3995986 Nacio.: BRASILEIRA Cor/Raça: PARDA
Pai: RAIMUNDO SEVERINO DE LUNA Acom.: Sexo: MASCULINO
Prof.: PEDREIRO Telefone: Munic.: LIMOEIRO

Encaminhamento: ORTOPEDIA	
Situação/Sintomas/Queixas/Eventos: PCT DA ENTRADA EM SERVIÇO APÓS COLISÃO ENTRE VEÍCULOS. APRESENTA LESÃO EM MID.	Procedência: Residência
Intolerância/Alerg.: NEGA	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:

Dor presente: Irradiação:

Edemas:

Observações:

Últimas Ocorrências	Data	Hora	Nº	Situação/Sintomas/Queixas/E
	22/12/2019	00:47	00220489	CLINICO
	14/04/2019	17:59	00159288	CLÍNICA ODONTOLÓGICA

SERVIÇO NOTARIAL GRAÇAS PAZ - 3º OFÍCIO DE LIMOEIRO
Rua Vitorino JOAQUIM PINTO, Nº 133, CENTRO, LIMOEIRO-PE. CEP: 55700-000 - FONE: (81) 3028-0792 - FAX: (81) 3028-0388

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fe. Enol. N.º 3.17. TSNR N.º 0.70. FISC N.º 0.35. FERR N.º 0.04. FUNSG N.º 0.07. ISS N.º 0.07. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital.
Limoeiro-PE 04/02/2020 14:18:00 Cod Op. 14 En test-
() da veracidade, EU, MARIA DAS GRAÇAS DA PAZ
Pessoa de honra - Notária

Selo: 0073726, INE12201901, 02687

Queixas / Diagnóstico

Paciente com queixa de dor em
um membro
L. 1) Urticária - D. sup. IM. agudo.
2) ap. R. do ORTOPEDISTA.
Urticária - f. op.
Urticária - f. op.
Ap. f. op. v. op.

Tratamento

1) Urticária - f. op.
2) Urticária - f. op.
3) Urticária - f. op.
4) Urticária - f. op.
5) Urticária - f. op.

Exames complementares

Impressão diagnóstica

Motivo da saída: ☐ Residência ☐ Internado

Encaminhado: H3V-5860925

Justificativa:

Óbito às: h m do dia: / /

Data saída: / / Hora saída:

☐ Curativo ☐ Nebulização ☐ Adm. de medicamento ☐ Retirada de ponto

Atendimento Médico ☐ Urgência ☐ Obs. até 24 hs

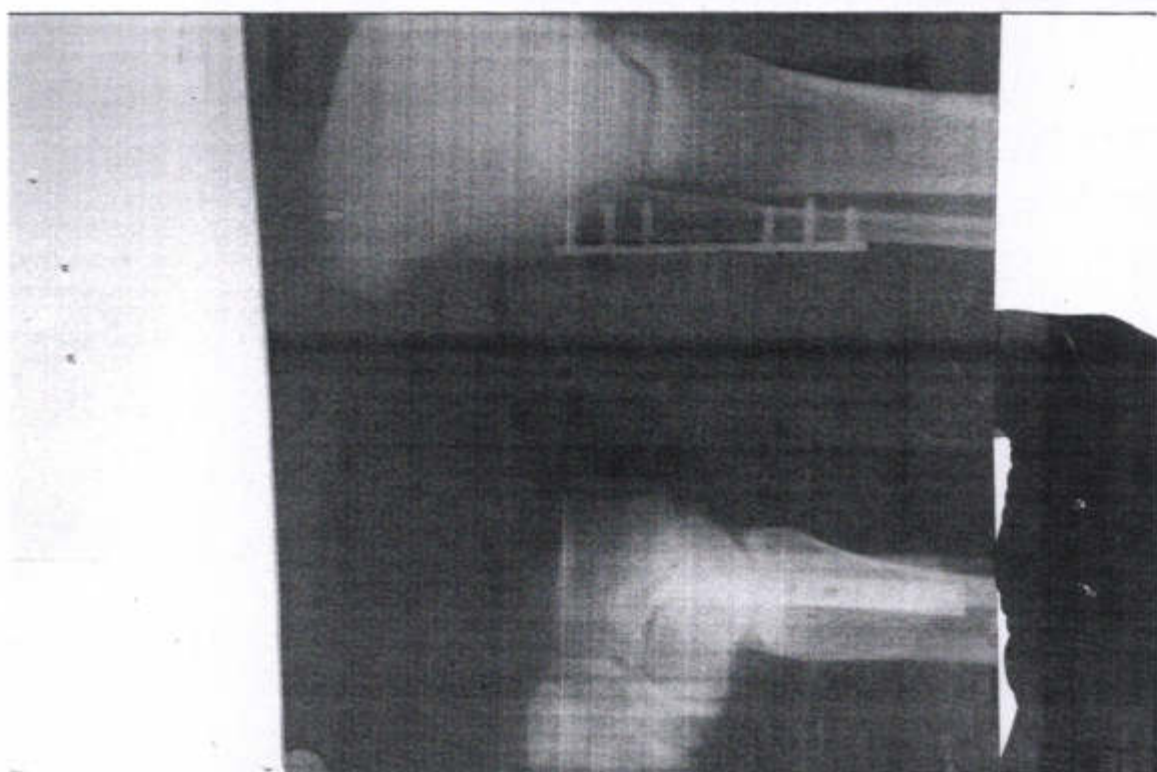
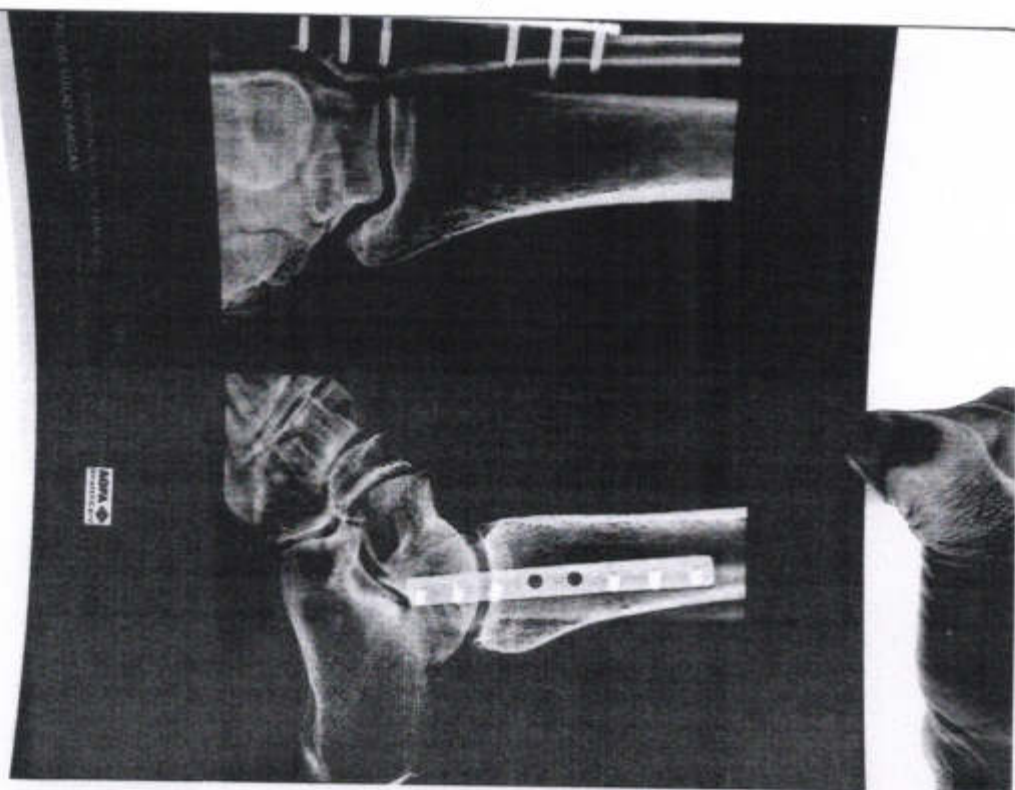
Horário: : Médico / CRM

Cód procedimento

Técnico / Conselho

Horário

DATA: 15/01/2020 10:21:39 RECEPTIONISTA: MARIA JOSE RAFAEL TRIAGEM: CAIO CÉSAR LIRA CAVALCANTI



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1.340.741 12/08/2014

RENOME << JOSÉ VIEIRA DA COSTA >>

TRABALHO << SEVERINO FRANCISCO DA COSTA >>
<< EUGENIA VIEIRA DE ANDRADE >>

NACIONALIDADE PILAR - PE DATA DE NASCIMENTO 05/04/1957

DOCUMENTO << CC.6267 L.B19 F.236V CART. LINHETRO-PE 20.05.2009 >>

CPF 170.688.354-49 RES/PASEP: 1059898762-1

1.311 7.410 DP 38.00.00

08R01

1.311 7.410 DP 38.00.00

1.311 7.410 DP 38.00.00

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.995.986

30/04/2016

<< SEVERINO RAIMUNDO EUFRAZIO DE LUNA >>

<< RAIMUNDO SEVERINO DE LUNA >>

<< SEVERINA EUFRAZIO DE LUNA >>

DATA DE NASCIMENTO

26/07/1972

IDENTIDADE

LIMOEIRO - PE

SOC ORDEM << 074138 01 55 1972 1 00006 058

0005030 07 LIMOEIRO PE >>

771.492.204-44

Assessoria do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1500070000001550006815024

CARTeira DE IDENTIDADE

Severino Raimundo Eufrazio de Luna

EC-1

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PESSOAL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PESSOAL

Procuração

Outorgante(s):

Nome: Severino Raimundo Eufrazio de Luna
R.G.: 3995986 C.P.F.: 741 492 204 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 Eufrazio 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

Titular do CPF: SEVERINO RAIMUNDO
EUFRAZIO DE LUNA

CPF de: Próprio

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

JOSE VIEIRA DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Steffany Carolyn 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