



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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, 04 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200418781 Vítima: GABRIEL SEVERINO RUFINO

Data do Acidente: 08/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GABRIEL SEVERINO RUFINO

Informamos que o pagamento da im

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 dos punhos

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: GABRIEL SEVERINO RUFINO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000003202-6

Conta: 0000021464-7

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o valor da taxa de contribuição. Exemplo: taxa de 10% com 5% de perda = 10.500,00.

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

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

Atencioéamento

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	137.759.074-75	GABRIEL SEVERINO RUFINO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			CPF:
Nome completo: <i>GABRIEL SEVERINO RUFINO</i>	Profissão: <i>ESTUDANTE</i>	Endereço: <i>RUA SANTO CRISTO</i>	Número: <i>449</i> Complemento:
Bairro: <i>AFO GADOS</i>	Cidade: <i>RECIFE</i>	Estado: <i>PE</i>	CEP: <i>50770-660</i>
E-mail: <i>gilberto.correa.advocacia@Hotmail.com</i>			Tel.(DDD): <i>(81) 9.9540-1514</i>

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

RENDIMENTO MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <i>BRADESCO</i>	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	

INVALIDEZ PERMANENTE
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.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções) :			
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou	<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou	<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.	
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima:			
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.			

Introdução diálogo de informação beneficiário e declarante	Local e Data: <i>TIMBAUBA 26 de Agosto de 2020</i>	TESTEMUNHAS
	Nome: <i>GABRIEL SEVERINO RUFINO</i>	1º Nome: _____ CPF: _____
CPF: <i>137.759.074-75</i>	Assinatura	
<i>Gabriel Severino Rufino</i>	2º Nome: _____ CPF: _____	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura	

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ºCIRC DIM/3ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0099001124**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/08/2020** às **11:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **8/3/2020** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ARQUITETO LUIZ NUNES, 822** - Bairro: **IMBIRIBEIRA** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **51210-080**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE VINICIUS RUFINO DA SILVA (OUTRO)
GABRIEL SEVERINO RUFINO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE VINICIUS RUFINO DA SILVA
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

GABRIEL SEVERINO RUFINO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IZABEL CRISTINA RUFINO** Data de Nascimento: **15/5/2000** Naturalidade: **TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7668181/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ATENDENTE** Telefones Celulares: **- 988767897**

Endereço Residencial: **RUA SANTO CRISTO, 449 - CEP: 55000-000 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**

JOSE VINICIUS RUFINO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE VINICIUS RUFINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE VINICIUS RUFINO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHJ8350** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/HONDA/FIT** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

GABRIEL SEVERINO RUFINO, RELATA QUE, POR VOLTA DAS 19:30 DO DIA 08/03/2020, FORA VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO. O FATO ACONTECEU QUANDO VIAJAVA NA GARUPA DO VEÍCULO 1, CONDUZIDO POR SEU IRMÃO, JOSÉ VINICIUS RUFINO DA SILVA, PELA AVENIDA ARQUITETO LUIZ NUNES, SENTIDO AFOGADOS E AO CHEGAR EM FRENTE NUMERO 822, REPENTINAMENTE, O VEÍCULO 2 SAIA, BRUSCAMENTE, EM MARCHA RÉ DE UM ESTACIONAMENTO, OCASIÃO EM QUE TENTOU DESVIAR, PORÉM NAO CONSEGUIU EVITAR O ACIDENTE. INFORMA AINDA QUE SOFREU LESÃO NO BRAÇO ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO POR DESCONHECIDO PARA UPA DA IMBIRIBEIRA CONFORME ATENDIMENTO 01338212 E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS CONFORME PRONTUARIO 0001145827. ACRESCENTA TAMBÉM QUE O PROPRIETARIO DO VEÍCULO 2 EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. PELO EXPOSTO SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

Gabriel Severino Rufino
GABRIEL SEVERINO RUFINO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **IRAN FRANCISCO DE ALBUQUERQUE** - Matrícula: **381051-8**
(Liberado em **26/08/2020** às **11:40**)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

137.759.074-75 GABRIEL SEVERINO RUFINO.

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

Nome completo:

GABRIEL SEVERINO RUFINO

CPF:

Profissão:

ESTUDANTE

Endereço:

RUA SANTO CRISTO

Número:

449

Complemento:

Bairro:

AFO GADOS

Cidade:

RECIFE

Estado:

PE

CEP:

50770-660

E-mail:

gilberto.correa.advocacia@Hotmail.com

Tel.(DDD):

(81) 9.9540-1514

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sím Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Local e Data: TIMBAUBA 26 de Agosto de 2020
Nome: GABRIEL SEVERINO RUFINO
CPF: 137.759.074-75

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: GABRIEL SEVERINO RUFINO

Data de Nascimento: 15/05/2000

Data Atendimento: 08/03/2020

Prontuário: 0000588917

Cód. Atendimento: 01338212

Nome do Hospital: GETÚLIO VARGAS

Senha: 5900585

Transporte: Ambulância Básica Ambulância Avançada Próprio Acompanhamento MédicoObservação: REFERE QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ 30 MIN. COM TRAUMA CONTUSO E DEFORMIDADE ÓSSEA EM ANTEBRAÇO ESQ E FERIMENTO EM 2º QDD.
NEGA TCE E VÓMITOS, SENSITIVO-VASCULAR PRESERVADO

RX EVIDENCIANDO FRATURA LUXAÇÃO DE GALEAZZI.

HD: S52

CD: IMOBILIZAÇÃO, ANALGESIA, TRANSFERÊNCIA VIA CENTRAL DE LEITOS (HGV SENHA 5900585).


Tercio Henrique Soares de Farias
CRM: 18433

Recife, 08 de Março de 2020

Médico: TERCIO HENRIQUE SOARES DE FARIAS

CRM: 18433

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GABRIEL SEVERINO RUFINO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03202-6

CONTA: 000000021464-7

Nr. Autenticação

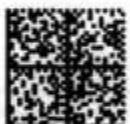
BRADESCO2122020050000000002370320200000021464168750 PAGO

HONDA
Consórcio

JAMOTO



18/07/2020



CTC RECIFE PE PL1
GABRIEL SEVERINO RUFINO
R SANTO CRISTO 449 CASA
AFOGADOS
50770-660 RECIFE PE



7213343637210670000000470530240720

42092/648-1-7

Data da postagem: 24/07/20

SA0004705 TGS

00018361

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

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



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 GILBERTO CORREIA DA SILVA CPF: 684.815.434-20	DATA DE VENCIMENTO 10/11/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 03/11/2020	CONTA CONTRATO 007000708334
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA MANOEL XAVIER ANDRADE 68 CENTRO/TIMBAUBA 55870-000 TIMBAUBA PE	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 03/11/2020	Nº DO CLIENTE 2000638233
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Trifásico		NÚMERO DA NOTA FISCAL 130247789	
RESERVADO AO FISCO 7DB4.3BB4.CE45.802F.4B89.C880.FE91.A583			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	APÓS 18/11/2020, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE					
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	655,00	0,46417696	304,03	Vencido Dt Reav Valor					
Consumo Ativo(kWh)-TE	655,00	0,36078713	236,31	24/04/20 03/11/20 2,16					
Contrib. Ilum. Pública Municipal			94,04						
ICMS Subvenção-CDE-NF 118341102-04/08/20			3,85						
ICMS Subvenção-CDE-NF 122417193-02/09/20			3,56						
TOTAL DA FATURA			641,79						
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS									
ICMS		PIS		HISTÓRICO DO CONSUMO					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	BASE DE CÁLCULO	VALOR (R\$)	PERÍODO	kWh		
540,34	25,00	135,08	540,34	0,98	5,29	540,34	655,00	NOV 20	655
								OUT 20	526
								SET 20	592
								AGO 20	616
								JUL 20	601
								JUN 20	635
								MAI 20	885
								ABR 20	711
								MAR 20	621
								FEV 20	328
								JAN 20	702
								DEZ 19	539
								NOV 19	476
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO					
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	R\$ %					
000000000091625369	CAT	02/10/2020 50.058,00	03/11/2020 50.713,00	166,69 30,85					
				Transmissão 23,63 4,37					
				Distribuição (Celpe) 122,79 22,72					
				Encargos Setoriais 23,66 4,38					
				Tributos 164,14 30,38					
				Perdas de Energia 39,43 7,30					
				TOTAL 540,34 100					

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES						
DESCRÍÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL	
		set/2020				
DIC-No.de horas sem Energia	TIMBAUBA	0,00	6,03	12,06	24,12	
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45	
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,54	0,00	0,00	
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico						Límite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 211,66						
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.						

INFORMAÇÕES IMPORTANTES											
Pague no ponto mais perto de você! comercial alvino: r coronel antonio vicente 69 centro / comercial alvino: r monsenhor jose marques da fonseca 71 apt01											
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br .											
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.											
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.											
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.											
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.											
Acesse www.celpe.com.br e confira nosso Aviso de Privacidade.											
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA											

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 007000708334	MÊS/ANO 11/2020	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 10/11/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO inscrito (a) no CPF/CNPJ 084.126.644 / 18, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GABRIEL SEVERINO RUFINO inscrito (a) no CPF sob o Nº 137.759.074 / 75, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GABRIEL SEVERINO RUFINO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 137.759.074 / 75, 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	RUA Manuel XAVIER DE ANDRADE	Número	68	Complemento	CASA.
Bairro	Centro	Cidade	TIMBUCABA	Estado	PE
Email	gilbertocorreia.advocacia@Hotmail.com	Telefone comercial (DDD)	(81) 9.9540-1514	Telefone celular (DDD)	

Timbucaba, 26 de Agosto de 2020
Local e Data

Gilberto Correia
Assinatura do Declarante

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: GABRIEL SEVERINO RUFINO

Data de Nascimento: 15/05/2000

Data Atendimento: 08/03/2020

Prontuário: 0000588917

Cód. Atendimento: 01338212

Nome do Hospital: GETÚLIO VARGAS

Senha: 5900585

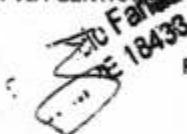
Transporte: Ambulância Básica Ambulância Avançada Próprio
 Acompanhamento Médico

Observação: REFERE QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ 30 MIN. COM TRAUMA CONTUSO E DEFORMIDADE ÓSSEA EM ANTEBRAÇO ESQ E FERIMENTO EM 2º QDD.
NEGA TCE E VÓMITOS, SENSITIVO-VASCULAR PRESERVADO

RX EVIDENCIANDO FRATURA LUXAÇÃO DE GALEAZZI.

HD: S52

CD: IMOBILIZAÇÃO, ANALGESIA, TRANSFERÊNCIA VIA CENTRAL DE LEITOS (HGV SENHA 5900585).


Recife, 08 de Março de 2020

Médico: TERCIO HENRIQUE SOARES DE FARIA

CRM: 18433



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: GABRIEL SEVERINO RUFINO

1. Ocorrência da Emergência: 836870

1.1 - Atendimentos em: 08/03/2020

1.2 - Às 22 horas e 19 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1145827

2.1 – Internado em : 08/03/2020

2.2 - Alta em : 17/03/2020

3. Hipótese Diagnóstica: - FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

- FRATURA – LUXAÇÃO FECHADA DE GALEAZZI EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

4. Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA – LUXAÇÃO DE GALEAZZI EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO (09/03/2020).

5. Observação: PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO.

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

DATA: 17.8.2020

HORA: 15:21:07

PASTA: 01.08.2020

FL

LP

Dr. Fábio L. F. da Fonte
Cir. Geral e do
Aparelho Digestivo
CRM: 12519 - Mat: 205511-4

Dr. Fábio Luna.



GABRIEL SEVERINO RUFINO	01145827
836880	MASCULINO
19a 10m 2d	CLINICA UROLOGIA, CLURO 402-06



Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI FECHADA EM MSE

Tratamento:

09/03/2020: redução cruenta do rádio + osteossíntese com placa DCP para pequenos fragmentos + 06 parafusos corticais + manobra de redução de ulna distal e aposição de fio K 2.0

OBS:

ALTA HOSPITALAR
ANALGESIA + ANTIBIOTICOTERAPIA
RETORNO PARA AMBULATORIO DE TRAUMA EM 7 DIAS
ORIENTO CURATIVO DIARIO

Condições Clínicas (no momento da Alta)

EGB. EUPNEICO, COTE, AAA. FO LIMPA.

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
08/03/2020	17/03/2020

Odon Cavalcanti
Médico Residente
CRM-PE 29.367

Recife, 17 DE MARÇO DE 2020

ODON DA CUNHA CAVALCANTI NETTO - CRM: N°.29367

Paciente recebeu alta hospitalar e deixou o hospital com a ferida fechada e sem infecção. Sua evolução está bem melhorada.

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Get. San Martin, 5/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600

**HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
EMERGÊNCIA**



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 836870

Prontuário: 0001145827

Nome: GABRIEL SEVERINO RUFINO

Data Nasc.: 15/05/2000

Idade: 19

Sexo: MASCULINO

CPF:

RG:

CNS:

Endereço: RUA SANTO CRISTO

Nº 0

Bairro: AFOGADOS

Cidade: RECIFE

CEP: 50770660

Estado: PERNAMBUCO

Telefone: 99939632

Nome da Mãe: IZABEL CRITINA RUFINO

Acompanhante: IRMAO

Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: SENHA = 5900585 (RELATA ACIDENTE DE TRABALHO COLISAO MOTO + CARRO APRESENTANDO DOR + EDEMA EM MSE + CORTE-CONTUSO EM 2 QDD)

2 - ATENDIMENTO

Data: 08/03/2020

Hora: 22:19

Queixa Principal/HDA

COLISÃO AUTOMOBILÍSTICA MOTO X CARRO HA CERCA DE 2H. REFERE QUEDA POR CIMA DO VEÍCULO, NEGA NAUSEA, VÔMITO, TONTURA OU PERDA DA CONSCIÊNCIA. DEU ENTRADA COM MSE IMOBILIZADO (NA UPA DE ORIGEM).

História do Trauma

Perda da Consciência:	<input type="radio"/> SIM	<input checked="" type="radio"/> NÃO	Episódio Emético:	<input type="radio"/> SIM	<input checked="" type="radio"/> NÃO	Acidente de Trabalho:	<input type="radio"/> SIM	<input checked="" type="radio"/> NÃO	
Acidente de Trânsito:	<input checked="" type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	Tipo: MOTO X CARRO						
Colisão:	<input checked="" type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	Type:			Motorista	<input type="radio"/>	Passageiro	<input checked="" type="radio"/>
Atropelamento:	<input type="radio"/> SIM	<input checked="" type="radio"/> NAO	Local de Impacto:						
Vítima de Ferimento:	<input type="radio"/> SIM	<input checked="" type="radio"/> NÃO	Type:			Sofreu Queda:	<input type="radio"/> SIM	<input checked="" type="radio"/> NÃO	
Queimadura:	<input type="radio"/> SIM	<input checked="" type="radio"/> NÃO	Por:	Transporte Realizado por:					
Condições de Imobilização adequadas:	<input type="radio"/> SIM	<input checked="" type="radio"/> NÃO	Por que:						

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está pélvia: <input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	O paciente fala: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Temp.:
VIA AÉREA PÉLVIA, CONTACTUA VERBALMENTE ESPONTANEAMENTE.			

B: Respiratório:

PXA RESPIRAÇÃO, EM AR AMBIENTE. AR: MV+ AHT S/ RA

C: Circulatório	PA:	P脉:
RCR 2T BNF		

D: Exames Neurológico	Deficiência Motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input checked="" type="radio"/> Anisocóricas <input type="radio"/>
Glasgow: Abertura ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
Score: 4 Hora: 2243	Escore: 5 Hora: 22:43	Escore: 6 Hora: 22:43

ECG 15

E: Abdomen	PLANO, FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR Á PALPAÇÃO, SEM SINAL DE PERITONITE		
------------	--	--	--

Diagnóstico Inicial: POLITRAUMA SEC COLISÃO AUTOMOBILÍSTICA (MOTO X CARRO)

Exames/ Conduta:

1) SOLICITO RX ABDOMINAL EM ORTOSTASE E DECUBITO, TORAX PA E CERVICAL PERFIL 2) SOLICITO AVALIAÇÃO DA TRUMATOLOG

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

23/03/2020
Dra. Laís Kabbaz CRM-PE 29032
CRM-PE 29032

LAIS FARKATT KABBAS - CRM: Nº.29032

Médico

Dra. Laís Kabbaz
CRM-PE 29032

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 08/03/2020 22:07

	Nome Paciente: GABRIEL SEVERINO RUFINO Cód. Paciente: Data de Nascimento: 15/05/2000 Sexo: Masculino Idade: 19 Senha: E0026 Convênio: Atendimento: SAME:
--	--

: 08/03/2020 22:11 - 08/03/2020 22:12

SUZI ASSIS CARVALHO DE LIMA - COREN: 408766 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:  LARANJA

Queixa Principal: PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO MOTO X CARRO. COLISÃO LATERAL COM QUEDA PARA CIMA DO VEICULO SIC, APRESENTANDO DOR E EDEMA EM MSE + CORTE CONTUSO EM 2 QDD, NEGA OUTRAS QUEIXAS. HÁ 30MIN

Fluxograma sintoma: TRAUMA TORACOABDOMINAL

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: SUZI ASSIS CARVALHO DE LIMA - COREN: 408766 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/03/2020 22:12



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA

NOME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO: ____ / ____ / ____

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

PREJUÍZO DO EQUILÍBrio DA MARCHA

DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGlicemIa)

OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

SEDAÇÃO/ANESTESIA

MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO
MSD.

COLOCADO PULSEIRA ROXA

NÃO SE APlica

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

SIM

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

NÃO

RECOMENDAÇÕES:

- Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
- Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
- Orientar a não trancar portas;
- Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
- Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
- Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
- Estimular o uso de acessórios de apoio;
- Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
- Manter iluminação adequada durante a noite;
- Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
- Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
- Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
- Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
- Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: _____

Avenida Getúlio Vargas s/n – Cordeiro
Recife/PE – CEP 50.630-060
Fone: 0XX8.81.31845600



Unidade de Saúde:
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Nome do paciente: GABRIEL SEVERINO RUFINO
Nº do Paciente: 1145827

Clinica/Leito:
SALA DE RECUPERACAO, SR 06

Operador: DR SERGIO PHELISS

1º Assistente: DR EMMANUEL COSTA MR2 2º Assistente: DR LUCAS MR1

Instrumentador: Anestesista: DRA ROBERTA

Anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO Duração:

DATA da Operação: 09/03/2020 Início: Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório:

RATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI FECHADA EM MSE

Diagnóstico Pós-Operatório:

RATURA-LUXAÇÃO FECHADA DE GALEAZZI EM MSE

Operação Proposta:

RATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA - LUXAÇÃO DE GALEAZZI EM MSE

Operação Realizada:

RATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA - LUXAÇÃO DE GALEAZZI EM MSE

SCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

paciente em decubito dorsal sob anestesia bloqueio de plexo

- Realizada antisepsia + assepsia
- Posição de campos estéreis
- Observada deformidade em antebraço E
- Realizada incisão em região dorsal do antebraço esquerdo(via de THOPSOM) de +- 6 cm
- 0) Divulsão por planos ate o foco de fratura.
- 0- Observada fratura incompleta com desvio
- 0) Realizada manobra para completar fratura com broca
- 0- Realizada redução cruenta + osteossíntese com placa DCP para pequenos fragmentos + 06 parafusos corticais
- 1) Observado boa redução sob fluoroscopia
- 2) Sutura de subcutâneo e pele
- 3) Realizada manobra de redução de ulna distal e aposição de fio K 2.0 passando em 3 corticais
- 0- Observada boa redução sob fluoroscopia
- 2- Neurovascular preservado, boa perfusão distal

Dr. Emmanuel Costa
Médico
CRM 27987



GABRIEL SEVERINO RUFINO		01145827	T	
836880	MASCULINO	19a 10m 2d	CLINICA UROLOGIA, CLURO 402-06	



Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI FECHADA EM MSE

Tratamento:

09/03/2020: redução cruenta do rádio + osteossíntese com placa DCP para pequenos fragmentos + 06 parafusos corticais + manobra de redução de ulna distal e aposição de fio K 2.0

OBS:

ALTA HOSPITALAR
ANALGESIA + ANTIBIOTICOTERAPIA
RETORNO PARA AMBULATORIO DE TRAUMA EM 7 DIAS
ORIENTO CURATIVO DIARIO

Condições Clínicas (no momento da Alta):

EGB. EUPNEICO, COTE, AAA. FO LIMPA.

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
08/03/2020	17/03/2020

Odion Cavalcanti
Médico Residente
CRM-PE 29.357

Recife, 17 DE MARÇO DE 2020

ODON DA CUNHA CAVALCANTI NETTO - CRM: Nº.29367



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

H O S P I T A L

Getúlio Vargas



Paciente: GABRIEL SEVERINO RUFINO

Prontuário: 01145827

Data de Nascimento: 15/05/2000

Idade: 19a 11m 6d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnóstico de:

Fratura de Galeazzi em MSE

Feito o Exame de Radiografia

Observação:

Paciente com história de trauma por acidente automobilístico moto x carro, com fratura-luxação de galeazzi em mse, sendo admitido no dia 07/03/2020 e recebendo alta hospitalar no dia 17/03/2020. Correção cirúrgica da fratura no dia 09/03/2020. Vem sendo acompanhado ambulatorialmente desde então e no momento encontra-se com alguma limitação de prono-supinação em MSE devido ao tipo de fratura, sem outras limitações ou queixas.
CID-10: S52.5.

Odon Cavalcanti
Medico
CRM-PB 12.572
GR
FE 29 361

Recife, 20 DE ABRIL DE 2020

ODON DA CUNHA CAVALCANTI NETTO - CRM: Nº.29367



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que a paciente **GABRIEL SEVERINO RUFINO** esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumato ortopedia, de **08/03/2020 ao dia 17/03/2020**, para tratamento médico. Necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento das atividades habituais, para prosseguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID-10: S52

Recife, 17/03/2020

Odon Cavalcanti
Médico Residente
CRM-PE 29.367

Assinatura do Médico



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente **GABRIEL SEVERINO RUFINO** esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumato ortopedia, de **08/03/2020 ao dia 17/03/2020**, para tratamento médico-hospitalar de patologia traumato-ortopédica.

Deixo a cargo do **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.

CID-10: S52

Recife, 17/03/2020

Odon Cavalcanti
Médico Residente
CRM-PE 29.367

Assinatura do Médico



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

H O S P I T A L

Getúlio Vargas



ATESTADO MÉDICO

ATESTO, QUE O(A) PACIENTE SR(A). GABRIEL SEVERINO RUFINO
, NECESSITA SE AFASTAR DE SUAS ATIVIDADES, A PARTIR DE 20/04/2020 NO PERÍODO DE 15 DIAS.
E QUE DECLARA AUTORIZAR AS INFORMAÇÕES PARA FINS TRABALHISTAS.

(VALIDADE ATÉ 15 DIAS) LEI Nº 605/49, ART. 12-CLT-LEI Nº 8.213, ART. 60, § 3º-RGPS)

CID: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Recife, 20 DE ABRIL DE 2020

Odon Cavalcanti
Médico

CRM-PB 12.572

9629567

ODON DA CUNHA CAVALCANTI NETTO - CRM: Nº.
29367



Secretaria de Saúde do Estado
de Pernambuco
H hospital Getúlio Vargas
Av. General San Martin, S/N,
Cordeiro, Recife/PE

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

CRM

UF PE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

GABRIEL SEVERINO RUFINO

PREScrição

USO ORAL

1) PARACETAMOL +CODEINA 500/30 MG ————— 02 CX
TOMAR 01 CP VO DE 8/8H, SE DOR FORTE

17/03/2020



Odon Cavalcanti
Médico Residente
CRM-PE 29.467

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIDADE

ORG EXP

ENDEREÇO

CIDADE

UF

TELEFONE

IDENTIFICAÇÃO FORNECEDOR

ASSINATURA FARMACÊUTICO

DATA:



Secretaria de Saúde do Estado
de Pernambuco
H hospital Getúlio Vargas
Av. General San Martin, S/N,
Cordeiro, Recife/PE

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

CRM

UF PE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

GABRIEL SEVERINO RUFINO

PREScrição

USO ORAL

1) PARACETAMOL +CODEINA 500/30 MG ————— 02 CX
TOMAR 01 CP VO DE 8/8H, SE DOR FORTE

17/03/2020



Odon Cavalcanti
Médico Residente
CRM-PE 29.467

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIDADE

ORG EXP

ENDEREÇO

CIDADE

UF

TELEFONE

IDENTIFICAÇÃO FORNECEDOR

ASSINATURA FARMACÊUTICO

DATA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

OSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

Paciente: GABRIEL SEVERINO RUFINO | **REG.: 1145827**

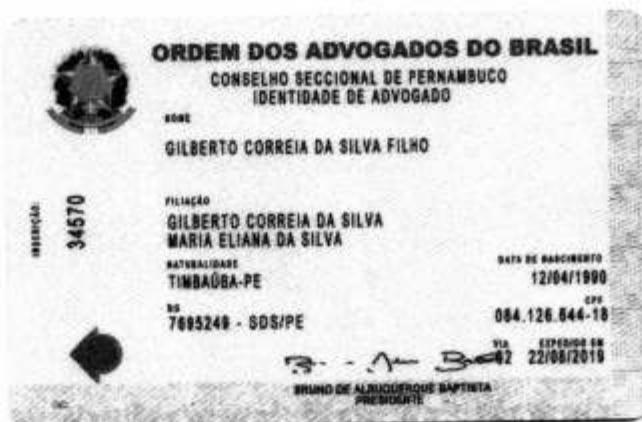
RX

Uso Oral

1) CEFALEXINA 500MG ----- 28 CP
TOMAR 01 CP 6/6H POR 7 DIAS


Odoril Cavalcanti
Médico Responsável
CRM/PE 23.407

Recife, 17/03/2020





LEI N° 7.146 DE 29 DE AGOSTO DE 1983
REGISTRO GERAL 7.668.181 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/01/2020
REGISTRO CIVIL
CN 60568 Liv A52 Fls 278 Timbaúba - PE 14/01/2002

CPF: 137.759.074-75	DNI: [REDACTED]		
T. ELEITOR: 96902990809	CTPS: 9745190	SÉRIE: 0050	UF: PE
MIS/PI/PASEP: 16213935569	IDENTIDADE PROFISSIONAL: [REDACTED]		
CERT. MILITAR: [REDACTED]	[REDACTED]		
CNI: [REDACTED]	CNH: [REDACTED]		

Polegar Direito

EC-09

Pedro Alves
Sócio-Diretor da Carteira
Gestor da SEDE/PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DENATRAN

SEGU
AUT

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 015101443755

VIA

1 COD. RENAVAM

182846016

R.N.T.R.C.

EXERCÍCIO:
2020

NOME

JOSE VINICIUS RUFINO DA SILVA

RECIFE - PE

CPF / CNPJ

123.987.474-09

PLACA

KHJ 8350

PLACA ANT / UF

***** / PE

CHASSI

9C2JC4120AR036702

ESPECIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA / CG 125 FAN ES

ANO FAB.

2009

ANO MOD.

2010

CAP / POT / CIL

2B / 124 CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

IPVA 2020 QUITADO

1º *****

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2º **** *

1

3º *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

8.10 SEGU

0.05

12.30 TOF

30/01/20

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

RECIFE

Local

DATA
11/02/20

Roberto Carlos Moreira Fontelles

EXPEDIDOR

DIRETOR PRES

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200418781 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GABRIEL SEVERINO RUFINO **Data do acidente:** 08/03/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO-P.1,2
FERIMENTO CONTUSO EM 2º DEDO DA MÃO DIREITA-P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - RADIO (REDUÇÃO+FIO K+PLACA DCP+PARAFUSO) - ALTA MÉDICA.
P.1,2,3,7,9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

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 MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: FOLHA CIRÚRGICA-P.7

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0332676/20

Vítima: GABRIEL SEVERINO RUFINO

CPF: 137.759.074-75

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/03/2020

GABRIEL SEVERINO
RUFINO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO : 084.126.644-18

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

GABRIEL SEVERINO RUFINO : 137.759.074-75

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: 20/11/2020
Nome: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO
CPF: 084.126.644-18

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200418781 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GABRIEL SEVERINO RUFINO **Data do acidente:** 08/03/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO-P.1,2
FERIMENTO CONTUSO EM 2º DEDO DA MÃO DIREITA-P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - RADIO (REDUÇÃO+FIO K+PLACA DCP+PARAFUSO) - ALTA MÉDICA.
P.1,2,3,7,9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

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 MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: X - VÍTIMA COM 20 ANOS./FOLHA CIRÚRGICA-P.7
- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

Instrumento Procuratório

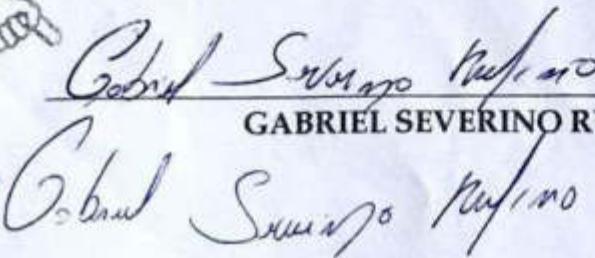


Outorgante: **GABRIEL SEVERINO RUFINO**, estudante, brasileiro, inscrito no CPF sob o nº 137.759.074-75 e no RG sob o nº 7.668.181, residente e domiciliado na Rua Santo Cristo, nº 449, Afogados, Recife/PE, CEP 50770-660.

Outorgado: **GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o n. 34.570, com endereço profissional na Rua Marçal Emiliano Sobrinho, nº 87, 1º andar, Centro, Timbaúba/PE - CEP - 55870-000.

Poderes: Confere amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicia Et Extra", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive requerer falência, concordata e recuperação judicial, apresentar e ratificar queixas-crimes, propor quaisquer ações, inclusive Ação de Dpvat, defender-me (nos) nas que (me) (nos) forem propostas, cíveis, penais, tributárias, previdenciárias, trabalhistas, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber e dar quitação, firmar compromissos, requerer assistência judiciária gratuita, reter honorários advocatícios no importe de 30%, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromissos de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor (es) ou reclamante (s) e defendendo-o(s), na condição de reclamada(s) bem como estabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Timbaúba/PE, dia 26 de agosto de 2020.


GABRIEL SEVERINO RUFINO



CARTÓRIO DE AFOGADOS - 8º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Registro Civil das Pessoas Naturais Casamentos e Notas - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3428-1357
www.cartorioadeafogados.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
GABRIEL SEVERINO RUFINO
que confere c/ o padrão reg. neste serventia. Dou fé.
Recife, 28 de agosto de 2020 14:41:00.



Em testemunho _____ da verdade.

Sandra Maria Regina da Oliveira (F. SC. MUN)

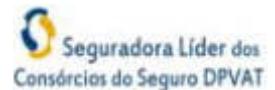
Fmd: R\$ 3,71 TSPB R\$ 0,82 FERC R\$ 0,41 FEPAM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 ISS R\$ 0,21 Total R\$ 5,26

Selo N° 0077503.MTD08202001.02968

Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0332676/20

Vítima: GABRIEL SEVERINO RUFINO

CPF: 137.759.074-75

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/03/2020

GABRIEL SEVERINO
RUFINO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO : 084.126.644-18

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

GABRIEL SEVERINO RUFINO : 137.759.074-75

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: 20/11/2020
Nome: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO
CPF: 084.126.644-18

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO

Marta Marinho dos Santos