

**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 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 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 137.759.074-75 Nome completo da vítima: 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: AFOGADOS Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 50770-660  
E-mail: gillberto.corrêa.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).

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: BRADESCO  
AGÊNCIA: 3202 CONTA: 21464 7  
(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.

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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.

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

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 - Culposos (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 PUBLICA**

**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)**

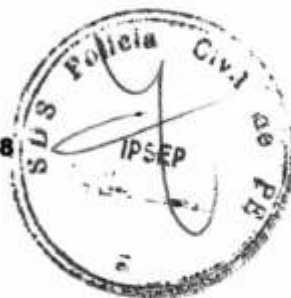
### Complemento / Observação

**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 RÊ DE UM ESTACIONAMENTO, OCASIÃO EM QUE TENTOU DESVIAR, PORÉM NÃO 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: 137.759.074-75 Nome completo da vítima: 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: AFOGADOS Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 50770-660  
E-mail: gillberto.corrêa.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).

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: BRADESCO  
AGÊNCIA: 3202 CONTA: 21464 7  
(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.

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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.

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

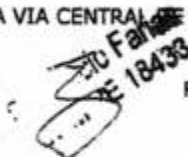
☐ Acompanhamento Médico

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

RX EVIDENCIANDO FRATURA LUXAÇÃO DE GALEAZZI.

HD: S52

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

  
Tercio 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

BRDESCO0212202005000000000023703202000000021464168750 PAGO

**HONDA**  
Consórcio



JAMOTO

18/07/2020



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

42092/648-1-7



7213343637210670000000470530240720

Data da postagem: 24/07/20

SA0004705 TGS

00018361




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

GILBERTO CORREIA DA SILVA

CPF: 684.815.434-20

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MANOEL XAVIER ANDRADE 68

CENTRO/TIMBAUBA

55870-000 TIMBAUBA 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

10/11/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

03/11/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

03/11/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

130247789

CONTA CONTRATO

007000708334

Nº DO CLIENTE

2000638233

Nº DA INSTALAÇÃO

0005042801

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Trifásico

RESERVADO AO FISCO

7DB4.3BB4.CE45.802F.4B89.C880.FE91.A583

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	655,00	0,46417696	304,03
Consumo Ativo(kWh)-TE	655,00	0,36078713	236,31
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			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
540,34	25,00	135,08	540,34	0,98	5,29	540,34	4,40	23,77

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,32316000

Consumo Ativo(kWh)-TE 0,25118000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	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

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
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

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000091625369	CAT	02/10/2020	50.058,00	03/11/2020	50.713,00	32	1,00000	0,00	655,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 02/12/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	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 continua		0,00	3,54	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite 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.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
380	350	399

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

1 of 2

20/11/2020 09:53

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			

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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

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 <u>RUA MANUEL XAVIER DE ANDRADE</u>		Número <u>68</u>	Complemento <u>CASA.</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>TIMBAÚBA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55.870-000</u>
Email <u>gilberto.correia.andre.cacia@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9.9540-1514</u>	Telefone celular (DDD)

Timbaúba, 26 de Agosto de 2020  
Local e Data

Gilberto Correia da Silva Filho  
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

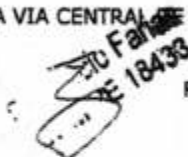
☐ Acompanhamento Médico

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

RX EVIDENCIANDO FRATURA LUXAÇÃO DE GALEAZZI.

HD: S52

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

  
Tercio Farias  
CRM 18433

Recife, 08 de Março de 2020

Médico: TERCIO HENRIQUE SOARES DE FARIAS

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 ÍNTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 17.8.2020

HORA: 15:21:07

PASTA: 01.08.2020

FL

LP

Dr. Fábio Luna.

Dr. Fábio L. F. da Fonte  
Cir. Geral e do  
Aparelho Digestivo  
CRM 12519 - Mai. 200511-4



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 uina 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: Nº.29367

Paciente recebeu alta hospitalar e deixou este hoje com a família, está bem melhorado

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av. Gen. San Martin, 3/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	Tipo:	Motorista <input type="radio"/> Passageiro <input checked="" type="radio"/>		
Atropelamento:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Tipo:	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 pérvia:	<input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	O paciente fala:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Temp.:
----------	------------------------	--	------------------	--	--------

VIA AÉREA PÉRVIA, CONTACTUA VERBALMENTE ESPONTANEAMENTE.

## B: Respiratório:

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

## C: Circulatório

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

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 type="radio"/> Anisocóricas <input type="radio"/>
Glasgow: Abertura ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
Score: 4 Hora: 22:43	Score: 5 Hora: 22:43	Score: 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 ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Transferência ☐

LAIS FARKATT KABBAZ - CRM: Nº.29032

Médico

Dra. Laís Kabbaz  
Médica  
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



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
**HOSPITAL**  
**Getúlio Vargas**



**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

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): \_\_\_\_\_

**RECOMENDAÇÕES:**

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

ENFERMEIRA/COREN: \_\_\_\_\_

Avenida General San Martín s/n - Cordão  
Rápido/PE - CEP 50.630-060  
Fone: 0XX(81)31646600



HOSPITAL  
GETÚLIO VARGAS

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



**Unidade de Saúde:**

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

**Nome do paciente:**

GABRIEL SEVERINO RUFINO

**Nº do Paciente:**

1145827

**Clínica/Leito:**

SALA DE RECUPERAÇÃO, SR 06

**Operador:** DR SERGIO PHELIPP

**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:**

FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI FECHADA EM MSE

**Diagnóstico Pós-Operatório:**

FRATURA-LUXAÇÃO FECHADA DE GALEAZZI EM MSE

**Operação Proposta:**

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA - LUXAÇÃO DE GALEAZZI EM MSE

**Operação Realizada:**

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA - LUXAÇÃO DE GALEAZZI EM MSE

### DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia bloqueio de plexo

- Realizada antissepsia + 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 até 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 27867



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 DIÁRIO

**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: Nº.29367



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL  
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 diagnostico 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

Médico

CRM-PB 12.572

PE 29.362

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 traumatologia 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 traumatologia 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

HOSPITAL  
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 RADIO

Recife, 20 DE ABRIL DE 2020

Odon Cavalcanti

Médico

CRM-PB 12.572

9629.567

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 29.337

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 29.337

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 Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

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

RX

Uso Oral

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

  
Odon Cavalcanti  
Médico Residente  
CRM-PE 25.607

**Recife, 17/03/2020**

DROGATIUM DROGARIAS LTDA  
RUA FAZ 418 - JARDIM DOS RICARDES  
CNPJ: 08.198.619/0078-18  
IE: 075.148.07

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota Fiscal

NFC-e não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Cód. | Descrição | Qtd | Un | V. Un | V. Desc | V. Total

/89606216544 1 UN 27,05 12,06 14,99

CEFALEXINA 500MG/10CPR UNIAO

/89606216544 1 UN 27,05 12,06 14,99

CEFALEXINA 500MG/10CPR UNIAO

/89759400058 1 UN 2,99 0,00 2,99

COMP GAZE EST GALDI 20UN

/89759400058 1 UN 2,99 0,00 2,99

COMP GAZE EST GALDI 20UN

/896902212565 1 UN 6,99 2,00 4,99

AGUA OXIGENADA SPRAY 100ML F

/891800364804 1 UN 9,49 0,00 9,49

ESPAR CREMER IMP 2 SCM X 4,5M

/89606281764 1 UN 18,25 13,26 4,99

PARACETAMOL 750MG 20CPR UN GEN

QUANTIDADE TOTAL DE ITENS

Valor Total R\$

VOCE ECONOMIZOU R\$

Valor a Pagar

Forma de Pagamento

Código de Crédito

Título R\$

Títulos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012)

MDS 0334475 - 07/1980040871949

Fonte: 18PT

Operador/

Operador/

Operador/

Operador/

Operador/

Operador/

Operador/

Operador/

Operador/

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL 11359266

USO OBRIGATORIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei nº 8.389/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

*Gilberto Correia da Silva Filho*



COAB

COAB

OBSERVAÇÕES

**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

34570

Nome

GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO

Filiação

GILBERTO CORREIA DA SILVA  
MARIA ELIANA DA SILVA

Naturalidade

TIMBAÚBA-PE

DATA DE NASCIMENTO

12/04/1990

CPF

084.126.844-18

NO

7685248 - SDS/PE

VIA

42

EXPIROU EM

22/08/2019

BRUNO DE ALBUQUERQUE BAPTISTA  
PRESIDENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

NOME **Gabriel Severino Rufino**

FILIAÇÃO  
**Isabel Cristina Rufino**

NATURALIDADE **Timbaúba - PE**

DATA NASCIMENTO **15/05/2000** ORGÃO EXPEDIDOR **SDS/PE** TIPO SANG./FACTOR RH **B**

OBSERVAÇÃO

*Gabriel Severino Rufino*  
Assinatura do Identificado

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Proibido Reproduzir

LEI Nº 7.176 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 **137.758.074-75** DNI **9745190**

T. ELEITOR **96902980809** CTPS **9745190** SÉRIE **0050** UF **PE**

NIS/PIS/PASEP **16213935569** IDENTIDADE PROFISSIONAL

CERT. MILITAR

CRH **9745190** CVS **9745190**

*Polícia Civil*  
Banco de Dados do Estado de Pernambuco

EC-09

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Polegar Direito



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN

DETRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 015101443755

VIA 1 COD. RENAVAM 102845015 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2020

NOME  
JOSE VINICIUS RUFINO DA SILVA

RECIFE-PE

CPF / CNPJ 123.987.474-09 PLACA KHJ8350

PLACA ANT / UF \*\*\*\*\* / PE CHASSI 9C2JC4120AR036702

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN ES ANO FAB 2009 ANO MOD 2010

CAP / POT / CIL 2P / 124CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS  
IPVA 2020 QUITADO 1ª \*\*\*\*\*  
FAIXA I.P.V.A. 1 PARCELAMENTO / COTAS 2ª \*\*\*\*\*  
A 1 3ª \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 8.10 IOF (R\$) 0.05 PRÊMIO TOTAL (R\$) 12.30 DATA DE PAGAMENTO 30/01/20

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA  
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO  
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

RECIFE Roberto Carlos Moraes Fontelles DATA 11/02/20

DIRETOR PRES EXPEDIDOR

CONTRAN

# 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

**Valoração 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

**Titular do CPF:** 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](http://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

**Valoração 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

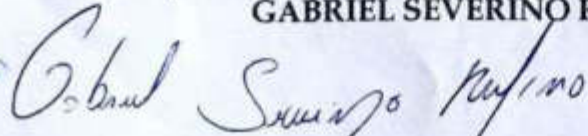
Outorgante: **GABRIEL SEVERINO RUFINO**, estudante, brasileiro, inscrito no CPF sob o nº 137.759.074-75 e no RG sob o nº 7.668.181, residente e domiciliado na Rua Santo Cristo, nº 449, Afogados, Recife/PE, CEP 50770-660.

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 judicium 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 Dpvt, 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 substabelecer 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.cartoriodeafogados.com.br](http://www.cartoriodeafogados.com.br)

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



Em testemunho da verdade.

Sandra Maria Rocha da Oliveira (O. SO. AUT.)

Emd: R\$ 3,71 TSTB: R\$ 0,82 FERC: R\$ 0,41 FEP: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,08 ISS: R\$ 0,21 Total: R\$ 5,22

Selo N° 0077503.MTD08202001.02968

Consulte autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://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

**Titular do CPF:** 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](http://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