



Número: **0080129-57.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GABRIEL SEVERINO RUFINO (AUTOR)		GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74332969	29/01/2021 16:48	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo, ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4000-1998 (Região Metropolitana) 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 61 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. 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 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 04/12/2020 - data_LIDER - INVALIDEZ

50712/08





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Classificação do tipo de cobertura: ☐ OUVS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou AOC: _____ CPF do 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 SUSP Nº 046/2012

Nome completo: GABRIEL SEVERINO RUFINO CPF: _____

Profissão: ESTUDANTE Endereço: RUA SANTO CRISTO Número: 444 Complemento: _____

Bairro: AFogados Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 50770-660

E-mail: gabriel.severino@bol.com.br Telefone: (71) 99540-1514

Declara, para todos os fins de direito, estar em endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RECEITA MENSAL: ☒ R\$1.000,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00

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

☐ CONTA POLPÇA (sempre para o mesmo banco, assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (204)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

AGÊNCIA: 3202 CONTA: 21464

Assinatura da Seguradora LIDER e credenciada para a liberação da indenização, de acordo com a legislação, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que o mesmo é devido, conforme o caso, desde que o mesmo não seja objeto de ação judicial, ficando todos os valores devidos.

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

Declara, sob as penas da lei, que não possui conhecimento de existência de Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim de reconhecimento 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT ou;

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido;

Pelo motivo acima, solicito o reconhecimento da indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, por ausência de documentação comprobatória, com conteúdo devida, e em me submeter a avaliação médica de custo da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação dos danos, conforme disposto no artigo 2º da Lei nº 24.641/74, art. 3º, III, da Lei nº 24.641/74, declarando que esta declaração não significa concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde da conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (se casado, informar o nome completo) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tenha filhos, informar quantos: _____

Vítima deixou nascituro(s) vivo(s)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou adotivos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a seguradora LIDER pagará, caso aprovado, a indenização do Seguro DPVAT por morte, de acordo com a legislação, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que o mesmo é devido, conforme o caso, desde que o mesmo não seja objeto de ação judicial, ficando todos os valores devidos.

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

Local e Data: Timoróia 26 de Agosto de 2020

Nome: GABRIEL SEVERINO RUFINO

CPF: 137.759.074-75

(*) Assinatura da vítima acima A FOGC

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

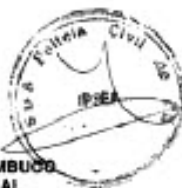
Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____

Assinatura da vítima (se for idoso ou incapacitado): _____





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA 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, 622 - Bairro: IMBIRIBIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 51210-000**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSE VINICIUS RUFINO DA SILVA (OUTRO)
GABRIEL SEVERINO RUFINO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE VINICIUS RUFINO DA SILVA
VEÍCULO: (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** Nacionalidade: **TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7965191/SS/PE (RG)** Estado Civil: **ANUFIADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **ATENDENTE** Telefones Celulares: **968757997**

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** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

VEÍCULO 1 (VEÍCULO) 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: **KHJ8386** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2009 2010**

VEÍCULO 2 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL 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 TRÂNSITO. O FATO ACONTECEU QUANDO VIAJAVAM NA GARUPA DO VEÍCULO 1, CONDUZIDO POR SEU IRMÃO, JOSÉ VINÍCIUS RUFINO DA SILVA, PELA AVENIDA ARQUITETO LUIZ NUNES, SENTIDO AFOGADOS E AO CHEGAR EM FRENTE NÚMERO 822, REPENTINAMENTE, O VEÍCULO 2 SAÍU, BRUSCAMENTE, EM MARCHA RE DE UM ESTACIONAMENTO, OCASIÃO EM QUE TENTOU DESVIAR, PORÉM NÃO CONSEGUIU EVITAR O ACIDENTE. INFORMA AINDA QUE SOPREU LESÃO NO BRAÇO ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO POR DESCONHECIDO PARA UPA DA INSIRIBEIRA CONFORME ATENDIMENTO 61335212 E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS CONFORME PRONTUÁRIO 0001145827. ACRESCENTA TAMBÉM QUE O PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO 2 EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. PELO EXPOSTO SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS.

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

Gabriel Severino Rufino
GABRIEL SEVERINO RUFINO
(VÍTIMA)



B.O. registrado por: **IRAN FRANCISCO DE ALBUQUERQUE** - Matrícula: **381051-6**
(Liberado em **26/08/2020** às **11:40**)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Classificação do tipo de cobertura: ☐ OUVS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou AOC: _____ CPF do 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 SUSP Nº 046/2012

Nome completo: GABRIEL SEVERINO RUFINO CPF: _____

Profissão: ESTUDANTE Endereço: RUA SANTO CRISTO Número: 444 Complemento: _____

Bairro: AFOGADOS Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 50770-660

E-mail: gabriel.severino@netmail.com Telefone: (81) 99540-1514

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

RECEITA MENSAL: ☒ R\$1.000,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00

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

☐ CONTA POLÍCIA (prevista para o caso de morte, assinalar uma opção)

☐ Conta Corrente (não assinalar)

Nome do BANCO: BRABECO

AGÊNCIA: 3202 CONTA: 21464 7

Informar a agência e a conta

Assinatura da Seguradora LIDER a ser anexada ao presente formulário, de acordo com o valor da indenização/prestação do Seguro DPVAT.

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

Declara, sob as penas da lei, que não possui conhecimento de existência de Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim de reconhecimento 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT ou;

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Fica, mesmo assim, obrigado a proporcionar o auxílio de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, por meio da documentação apresentada, com conteúdo devida, e em me submeter a avaliação médica de custo da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.247/74 art. 3º, §1º, §1º, declarando que esta declaração não significa concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde da conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Divorciado) ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tenha filhos, informar quantos: _____

Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou adotivo(s) vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a seguradora LIDER pagará, caso aprovado, a indenização do Seguro DPVAT por morte, conforme legislação em vigor, e comprometo-me a fornecer toda a documentação necessária para a análise do sinistro, sob pena de aplicação das sanções previstas no artigo 229 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

2º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (se declarante): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____

Assinatura do Promotor de Justiça: _____



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 PERALMENTO EM 24. QDD. NÉGLICE E VOMITOS. SENSITIVO-VASCULAR PRESERVADO. RX EVIDENCIANDO FRATURA LUXAÇÃO DE GALEAZZI. HD: 552
CD: IMOBILIZAÇÃO, ANALGESIA, TRANSFERÊNCIA VIA CENTRAL DE LEITOS (HGV SENHA 5900585).

Assinado eletronicamente por: Tercio Henrique Soares de Farias
16:43

Recife, 08 de Março de 2020

Médico: TERCIO HENRIQUE SOARES DE FARIAS
CRM: 28433



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

BRABESC00212202005000000000023703202000000021464168750 PAGO



HONDA
Consórcio



JAMOTO

18/07/2020



CTD RECIFE PE PLI
GABRIEL SEVERINO RUFINO
R. SANTO CRISTO 449 CASA
APOGADUS
50779-660 RECIFE PE

420502546-1-7



7293383637219670000006470530240720

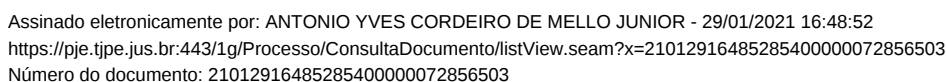
Data da postagem: 24/07/20

5A068-6705 TGS

00018361



CONTINUE ASU



CONTA CONTATO	Nº FOLIO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	SALÃO DE PAGAMENTO
007099798334	11/2020	0,00	16/11/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasgar! Esta canteira será usada em futura obra.
FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221294 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/biblioteca/web/DOCORIGINALASPK?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**¹.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, 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 nº9.615/98.

Pelo exposto, eu GILBERTO CORREIA M SILVA FILHO inscrito(a) no CPF/CNPJ 084.116.644 / 18, na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário GABRIEL SOBRINO RUFINO inscrito(a) no CPF sob o nº 137.759.074 / 75, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOZ da vítima GABRIEL SOBRINO 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:

☒ Recusa 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		Número	Complemento
RUA Manoel XAVIER DE ANDRADE		68	143A.
Bairro	Cidade	Estado	CPF
CENTRO	TIMBICAÇA	PE	55.870-000
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
gilberto.wassmuth@netmail.com		(84) 9540-1514	

Timbicaça 26 de Agosto de 2020
Local e Data

Gilberto Wassmuth
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 PERALMENTO EM 24. QDD. NÉGLICE E VOMITOS. SENSITIVO-VASCULAR PRESERVADO. RX EVIDENCIANDO FRATURA LUXAÇÃO DE GALEAZZI. HD: 552
CD: IMOBILIZAÇÃO, ANALGESIA, TRANSFERÊNCIA VIA CENTRAL DE LEITOS (HGV SENHA 5900585).

Assinado eletronicamente por: Tercio Henrique Soares de Farias
16:43

Recife, 08 de Março de 2020

Médico: TERCIO HENRIQUE SOARES DE FARIAS
CRM: 28433





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. de Sousa
Cirurgião de
Aparelho Dependente
CRM 72519 - RJ 2095114





CARLOS SÉRGIO RUPINO		01145627
836880	MASCULINO	19/10/21
CLINICA UROLOGIA, CLURO-402-04		



Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI FECHADA EM HSE

Tratamento:

05/03/2020: redução cruenta do rádio + osteossíntese com placa DCP para pequenas fragmêntos + 06 parafusos corticais + manobra de redução de ulna distal e aposição de fio K 2.0

Obs:

ALTA HOSPITALAR
ANALGESIA + ANTIEMÉTICA
RETORNO PARA AMBULATORIO DE TRAUMA EM 7 DIAS
ORIENTO CURATIVO DIÁRIO

Condições Clínicas (no momento da Alta)

EGH, RUPINICO, CÔTE, AAA, PD LIMPAS.

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

Osório Cavalcanti
Médico Residente
Clínica de Ortopedia

Recife, 17 DE MARÇO DE 2020

OSÓRIO DA CUNHA CAVALCANTI NETTO - CRM: Nº 29387

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

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - HGV
Av. dos Sen. Martins, 3/16 - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5660





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Abandono: 836670 Prontuário: 0001145827
Nome: GABRIEL SEVERINO RUFINO Data Rec: 15/05/2020 Idade: 19
Sexo: MASCULINO CPF: RG: CNIS: Cidade: RECIFE
Endereço: RUA SANTO CRISTO Nº 0 Bairro: AFOGADOS Telefone: 99936532
CEP: 50770660 Estado: PERNAMBUCO Clínica: CIRURGIA GERAL
Nome da Mãe: IZABEL CRISTINA RUFINO Acompanhante: IRMÃO

Ocorrência: SÍNHA = S80585 (RELATA ACIDENTE DE TRABALHO COLISÃO MOTO + CARRO APRESENTANDO DOR + EDEMA EM MSE + CORTE CONTUSO EM 3 QDD)

2 - ATENDIMENTO

Data: 08/03/2020 Hora: 22:19

Queixa Principal/HDA

COLISÃO AUTOMOBILÍSTICA MOTO X CARRO NA CÉRICA DE 3H. REFERE QUEDA POR CIMA DO VEÍCULO, NEGA NÁUSEA, VÔMITO, TONTURA OU PERDA DA CONSCIÊNCIA. DEU ENTRADA COM MSE IMOBILIZADO (NA LRA DE ORIGEM).

História do Trauma

Perda de Consciência: ☐ SIM ☒ NÃO Episódio Emético: ☐ SIM ☒ NÃO Acidente de Trabalho: ☐ SIM ☒ NÃO
Acidente de Trabalho: ☒ SIM ☐ NÃO Tipo: MOTO X CARRO
Colisão: ☒ SIM ☐ NÃO Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☒
Atropelamento: ☐ SIM ☒ NÃO Local de Impacto: Sofre Queda: ☐ SIM ☒ NÃO
Vibração de Ferimento: ☐ SIM ☒ NÃO Tipo: Por: Transporte Realizado por: Por que: Condições de imobilização adequadas: ☐ SIM ☒ NÃO

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: ☒ SIM ☐ NÃO O paciente fala: ☐ SIM ☒ NÃO Tempo: VOA: AÉREA PERVIA, CONTACTO VERBALMENTE ESPONTANEAMENTE.

B: Respiratório:

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

C: Circulatório

PA: Pulso: RCR 21 S/NF

D: Exames Neurológico

Deficiência Motora: HSO ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora
Score: 4 Hora: 22:43 Score: 5 Hora: 22:43 Score: 6 Hora: 22:43

BCG 15

E: Abdômen

FLACO, FLACIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO, SEM SINAL DE PERITONITE

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

Exames/ Conduta:

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

Definição do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta ☐ Evolução ☐ Alta ☐ Transferência ☐

LAIS FARKATI KABBAS - CRM: Nº.29032

Médico

Dra. Laís Kabbas
Médica
CRMPE 29032



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada de 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 QDO. NEGA OUTRAS QUEIXAS. HA 30MIN

Histograma sintoma: TRAUMA TORACOABDOMINAL

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Litor: - REGUA DE DOR: 5

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

Data Impressão: 08/03/2020 22:12

Sistema de Apoio com Classificação de Risco

Página 1 de 1



 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 MÃO.		
☐	COLOCADO PULSEIRA ROXA	☐ NÃO SE APLICA
ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:		
☐ SIM	ASSINATURA (ORIENTADO): _____	
☐ NÃO		
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: _____		

NAME _____

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 ≥ 65 ANOS

CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

PREJUIZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

DEFICIT SENSITIVO: ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUIDA

HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX-HIPOGLICEMIA)

OBESIDADE MÓRBIDA DO BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

SEDACÃO E NESTESIA

MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

URGENCIA URINÁRIA/INTESTINAL

HISTÓRIA ORTÓTICA

PACIENTE CIRÚRGICO

☐ 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:

NEGATIVE
SIM

ASSINATURA / ORIENTADOR:

NAO

RECOMENDAÇÕES:

- ### RECOMENDAÇÕES:
1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação de 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 desambulação 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 e evitar apoiar-se na cama, móveis e parapetos 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:

Kapschen Perle für Hals & Co. - Carat
 Kapschen - 0787 80.830-000
 Email: KPS@KPS-DEUTSCHLAND

NOV 7 1984





HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Unidade de Saúde:

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Nome do paciente:

GABRIEL SEVERINO RUFINO

Nº do Paciente:

1145827

Clinica/Leito:

SALA DE RECUPERAÇÃO, SR 05

Operador: DR. SERGIO PHILIPP

1º Assistente: DR. EMMANUEL COSTA MRJ

2º Assistente: DR. LUCAS MRJ

Instrumentador:

Anestesiista: DRA. ROBERTA

Anestesia: BLOQUEIO DE FLEXO

Duração:

Data da Operação: 09/03/2025

Início:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório:

FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI FECHADA EM MSE

Diagnóstico Pós-Operatório:

FRATURA-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

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia bloqueio de plexo

- Realizada antissepsia + asepsia

- Posição de membros superiores

- Observada deformidade em antebraço e

- Realizada incisão em região dorsal do antebraço esquerdo (via de THOMPSON) de +- 6 cm

1) Divisão por planos até o foco de fratura.

2) Observada fratura incompleta com desvio

3) Realizada manobra para completar fratura com broca

4) Realizada redução cruenta + osteossíntese com placa OCP para pequenos fragmentos + 06 parafusos corticais

1) Observada boa redução sob fluoroscopia

2) Sutura de subcutâneo e pele

3) Realizada manobra de redução de unha distal e aposição de fio K 2.0 passando em 3 corticais

4) Observada boa redução sob fluoroscopia

2- Neurovascular preservado, boa perfusão distal

Dr. EMMANUEL COSTA
Médico
CRM 27261





GABRIEL SEVERINO RUIFINO		01145827	
836680	MASCULINO	15a 10m 2d	CLÍNICA UROLOGIA, CLURO 402-96



Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI FECHADA EM MSE

Tratamento:

09/03/2020: redução cirúrgica do rádio + osteossíntese com placa DCP para pequenos fragmentos + 06 parafusos corticais + manobra de redução de uma metacarpo e posição de fio K 2,0

OBS:

ALTA HOSPITALAR
ANALGESIA + ANTIEMÉTICO/TERAPIA
RETORNO PARA AMBULATÓRIO DE TRAUMA EM 7 DIAS
ORIENTO CURATIVO DIÁRIO

Condições Clínicas (no momento da Alta)

FGS. EUPNEICO, COTÉ, AAA. BO LIMPA.

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

*Com Carimbo
F. de Registro
01/03/2020*

Recife, 17 DE MARÇO DE 2020

COORD. DA CURHA CAVALCANTI NETTO - CRM: Nº. 29.367

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gel. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0001-51
Fone - (81) 3184-5600





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: GABRIEL SEVERINO RUFINO

Prontuário: 01045827

Data de Nascimento: 15/05/2000

Idade: 19a 11m 5d

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 misto e circo, 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 irritação de prono-supinação em MSE devido ao tipo de fratura, sem outras limitações ou queixas.
CID-10: S52.5.

Odont. Antônio Carlos
de Mello Junior
FE 29.342

Recife, 20 DE ABRIL DE 2020

ODON DA CUNHA CAVALCANTI NETTO - CRM: AP.20387

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




Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas
Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente **GABRIEL SEVERINO RUFINO** esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatologia ortopédia, de **06/03/2020 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**


Antonio Cordeiro de Mello Junior
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura do Médico


Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas
Av. General San Martín, 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 ortopédia, de **06/03/2020 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**


Antonio Cordeiro de Mello Junior
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura do Médico



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

ATESTADO MÉDICO

ATESTO, QUE O(A) PACIENTE SR(A): GABRIEL SEVERINO RUPINO	
NECESSITA SE AFASTAR DE SUAS ATIVIDADES, A PARTIR DE 22/04/2020	NO PERÍODO DE 15 DIAS.
E QUE DECLARA AUTORIZAR AS INFORMAÇÕES PARA FINS TRABALHISTAS.	
(VALIDADE ATÉ 15 DIAS) USR Nº 60549, ART. 12-CLT/ET Nº 8.111, ART. 48 § 1º-MS/PD	
CID: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO	
Recife, 20 DE ABRIL DE 2020	 ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR CRM-PE 10.572
DOUTOR DA CUNHA CAVALCANTI NETTO - CRM: Nº. 29367	

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



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco II Hospital Getúlio Vargas Av. General San Martín, 5/N, Cordão, Recife/PE		RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		CRM	UF PE
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE GABRIEL SEVERINO RUFINO PRESCRIÇÃO			
1) PARACETAMOL + CODEINA 500/30 MG 02 CX TOMAR 01 CP VO DE 8/8H, SE DOR FORTE USO ORAL			
17/03/2020		 Guilherme Cavalcanti Médico Especialista em Clínica Médica	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIDADE	ORG EXP
ENDEREÇO			
CIDADE		UF	TELEFONE
IDENTIFICAÇÃO FORNECEDOR		ASSINATURA FARMACÊUTICO DATA:	

 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco II Hospital Getúlio Vargas Av. General San Martín, 5/N, Cordão, Recife/PE		RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		CRM	UF PE
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE GABRIEL SEVERINO RUFINO PRESCRIÇÃO			
1) PARACETAMOL + CODEINA 500/30 MG 02 CX TOMAR 01 CP VO DE 8/8H, SE DOR FORTE USO ORAL			
17/03/2020		 Guilherme Cavalcanti Médico Especialista em Clínica Médica	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIDADE	ORG EXP
ENDEREÇO			
CIDADE		UF	TELEFONE
IDENTIFICAÇÃO FORNECEDOR		ASSINATURA FARMACÊUTICO DATA:	



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

 HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, 5/76, Cordeiro, Recife/PE

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

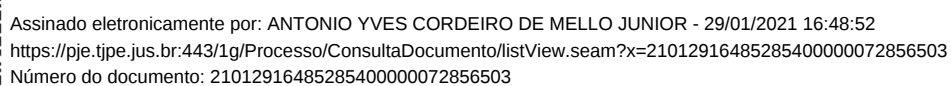
RX. Uso Oral

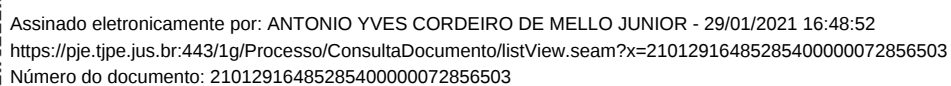
1) CEFALOXINA 500MG ----- 28 CP
TOMAR 01 CP 6/6H POR 7 DIAS

Recife, 17/03/2020









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 015101443755

VIA 1 182848016 R. T. D. 2020

NOME
JOSE VINICIUS RUFINO DA SILVA

RECIFE-PE

CPF 122 987 474-09

PLACA
KH38950

PLACA ANT. PE ***** / PE 902104120AR036702

ESPÉCIE TIPO
PAB / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA / CG 125 PAB ES

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2010

CAP. POT. / CIL.
2P / 124CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
IPVA 2020 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS
1ª *****

FAIXA IPVA
A 1

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

3ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 6.10 IDE (R\$) 05.12.30 PREMIO TOTAL (R\$) 11.22 DATA DE PAGAMENTO 20/01/20

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE PONTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

RECIFE *Roberto Carlos*

DATA

11/02/20

Roberto Carlos Moreira Pontalier
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: 25/11/2020

Valorização do EML: 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 - RÁDIO (REDUÇÃO+FIX K+PLACA DCP+PARAFUSO) - ALTA MÉDICA.
 P.1,2,3,7,9

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

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento
 falante:

Apontamento do Laudo
 do EML:

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

Título 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 IMI
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 de apresentação: 20/11/2020
Nome: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO
CPF: 084.126.644-18

GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Maria 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: 25/11/2020

Valoração do EML: 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 - RÁDIO (REDUÇÃO+FIX K+PLACA DCP+PARAFUSO) - ALTA MÉDICA.
 P.1,2,3,7,9

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

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento
 faltante:

Apostamento do Laudo
 do EML:

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



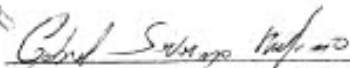
Instrumento Procuratório

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, Alogados, 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 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 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: 3426-1357
www.cartorioafogados.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
GABRIEL SEVERINO RUFINO

que confiro o/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Recife, 28 de agosto de 2020 14:41:00



Em testemunho

da verdade,

Sandra Maria Figueira da Oliveira, D. 10/08/2020

Salto Nº 0077503.MTD08202001.02968

Consultar autenticidade em: www.tjpe.jus.br/verificador



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0332676/20

Vítima: GABRIEL SEVERINO RUFFINO

CPF: 137.759.074-75

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/03/2020

Título do CPF: GABRIEL SEVERINO RUFFINO

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 IMI
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 RUFFINO : 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 de apresentação: 20/11/2020
Nome: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO
CPF: 084.126.644-18

GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Maria Marinho dos Santos

