

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200347964**

**Vítima:IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA**

**Data do Acidente: 23/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200347964**

**Vítima:IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA**

**Data do Acidente: 23/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200347964**

**Vítima:IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA**

**Data do Acidente: 23/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA**

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

**Recebedor: IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 237**

**Agência: 000001784-1**

**Conta: 000000012133-9**

**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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115ºCIRC  
DINTER1/16ºDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0205001295**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/07/2020 às 12:09**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **23/6/2020 às 08:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, RUA DA AABB,EM FRENTE AO BAR DA CAIXA DE FÓSFORO** - Bairro: **JUA - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA ( AUTOR / AGENTE )  
JOAO GUILHERME DA SILVA ( OUTRO )  
IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

REINO ANIMAL: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): NÃO SE APLICA  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA

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

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

**IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSELMA DA SILVA ARRUDA GOMES** Pai: **IVALDO GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **29/1/1991** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7859518/SDS/PE (RG), 09922546477 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **COMERCIARIO** Telefones Celulares: **992647416**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 275, AVENIDA A, LOTEAMENTO LAGOA AZUL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOAO GUILHERME DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA YAMAHA/FACTOR YBR125 K (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOAO GUILHERME DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFD1871** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **274303442** Chassi: **9C6KE1520B0021254**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011**

**CACHORRO (REINO ANIMAL)** de propriedade do(a) Sr(a): **NÃO SE APLICA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **NÃO SE APLICA**

Categoria/Marca/Modelo: **CANINO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

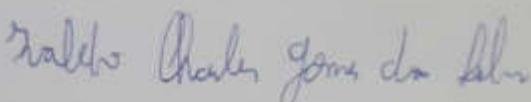
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Complemento / Observação**

SEGUNDO A VÍTIMA, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO E COLIDIU COM UM CACHORRO. A VÍTIMA CAIU NA VIA E O CACHORRO FICOU MACHUCADO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO (PRONTUÁRIO 001756, OCORRÊNCIA 00246852) POR UM AMIGO CHAMADO FELIPE E TEVE LESÃO NO BRAÇO ESQUERDO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, "ENCERRO ESTE DOCUMENTO".

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

**IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA  
(VITIMA)**



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





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NPF do beneficiário ou RSN: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
2 - NPF do beneficiário ou RSN: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
2 - NPF do beneficiário ou RSN: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZUA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 416/2012

5 - Nome completo	Juvaldo Chmila Gomes da Silva		6 - CPF	099.225.464-11		
7 - Profissão	Comerciante	8 - Endereço	Lot. Ligon 121/1	9 - Número	245	
10 - Complemento			11 - Bairro	Limoeiro	12 - Cidade	Limoeiro
13 - Estado	PE	14 - CEP	55.700-000			
15 - Fone						16 - Tel (DDO): 081 9264-7416

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--------------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------------

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORE)

CONTA POUPANÇA (Corrente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itau (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:  CONTA:

AGÊNCIA:  / CONTA:  /

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	30 - Vítima deixou herdeiros (filhos)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não		Feitos	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não	Feitos		<input type="checkbox"/> Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data: *Conceição (Pb) 16/01/20*  
*Juvaldo Chmila Gomes da Silva*  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 26/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01784-1

CONTA: 000000012133-9

---

Nr. Autenticação

BRADESCO2610202005000000000237017840000001213384375 PAGO

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-802  
CNPJ 10.835.832/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0095843-83



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02  
COMERCIAL: 116 | PRONTIDÃO: 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Divisória 0800 282 5699  
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  MIRELLA VIVIANE PEREIRA DA SILVA  CPF: 266.137.524-49	DATA DE VENCIMENTO  18/09/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL  11/09/2020	CONTA CONTRATO  907026970576
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  LO LAGOA AZUL 276  LIMOEIRO/PE 55700-000 LIMOEIRO PE.	TOTAL A PAGAR (R\$)  166,96	Nº DO CLIENTE  2916229619	Nº DA INSTALAÇÃO  3005915661
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 <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> .			

CLASSIFICAÇÃO  B1 - RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	RESERVADO AO FISCO  AB9F.3EE4.B479.4C96.6AA2.6DFD.B555.8D4D
-------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 13 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO Corte.		
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	172,00	0,48886745	88,61	Vencido	Dt Refer	Valor
Consumo Ativo(kWh)-TE	172,00	0,36428296	62,65	10/08/20	11/09/20	166,96
Contrib. Bem. Pública Municipal			13,92			
ICMS Subvenção-CDE-NF 115838883-10/07/20			1,07			
Multa por atraso-NF 115838883 - 10/07/20			2,75			
Juros por atraso-NF 115838883 - 10/07/20			1,92			
Alimentação IGPM-NF 115838883 - 10/07/20			4,03			
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>166,96</b>			
<b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>						
ICMS	PIS	COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO
143,26	25,00	35,81	143,26	1,00	1,43	143,26

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,48886745	SET	20
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,36428296	AGO	20
		JUL	20
		JUN	20
		MAI	20
		ABR	20
		MAR	20
		FEV	20
		JAN	20
		DEZ	19
		NOV	19
		OUT	19
		TOTAL	143,26
			134

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES								
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DESCRIÇÃO	CORINTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA										
008000003153941488	CAT	12/08/2020	11.381,80	11/09/2020	11.473,80	30	1.90000	0,90	172,00	DIC-No hora sem Energia	LIMOEIRO	1,79	11,58	23,16	
										DIC-No de vezes sem Energia		3,28	1,66	3,28	
										DNIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	0,00	0,00	
										DICR-Duração de Interrupção até dia útil				Linha DICR: 12,22	
										DUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 15,36					
										Dado Consultar pode solicitar a expedição das indicações DIC, DICR, DUSD e DICR+Encargo de Uso					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES							NÍVEIS DE TENSÃO			
							TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		
								MINIMO	MAXIMO	
Pague no ponto mais perto de você! ag corais livrarias de nosa: praça da bandeira centro / farmacia central; praça da bandeira nº 42 - loja 1 - centro/leia completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> "							220	202	231	
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.										
Fazendo, em atraso gera multa 2%/Mês(414/ANEEL), juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próximo 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 a custa de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.										
Acesse <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> e confira nosso Aviso de Privacidade.										

DETALHAR AQUI					TALÃO DE PAGAMENTO				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO		TALÃO DE PAGAMENTO				
907026970576	09/2020	166,96	18/09/2020		Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este carinho será usado em leitora ótica.				

## PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PERNAMBUCO SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SALSA



**BOLETIM DE EMERGÊNCIA PRONTUÁRIO: 001756 CLASSIFICAÇÃO: AMARELO Nº OCORRÊNCIA: 00246852**

Nome: IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA	Idade: 29 Anos 4 Meses 25 Dias	CNS: 161911144360005	Est.Civil: SOLTEIRO
End.: AV A	Nº: 275	CEP: 55700000	Bairro: LAGOA AZUL
Mãe: JOSELEMA DA SILVA ARRUDA GOMES	Nascimento: 29/01/1991	Nacio.: BRASILEIRO	Cor/Raça: PARDA
Pai: IVALDO GOMES DA SILVA	Doc nº:		Sexo: MASCULINO
Profi.: COMERCIAIRO	Acom.: O MESMO		
	Telefone: 81 94782062	Município: LIMOEIRO	

Encaminhamento: ORTOPEDIA

Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:  
QUEDA DE MOTO AGORA COM DÓR PUNHO ESQUERDO

Procedência: Residência

Doenças preexistentes: NEG

Régua de dor:

Pré-consulta:

Intolerância/Alerg.: NEG

Parâmetros: PA: 11/80 FC: 89 R: T: HGT: Spo2: 99 CLASGOW: Peso:

Estado do Paciente: Consciente Orientado Calmo

Sintomas:

Dor torácica: Duração da dor:

Dor presente: Irradiação:

Edemas:

Observações:

Últimas Ocorrências	Data:	Hora:	Nº:	Situação/Sintomas/Queixas/Eve
	04/06/2018	07:33	00080620	CLÍNICA CIRÚRGICA
	23/05/2018	07:46	00077098	CIRURGIÃO



Queixas / Diagnóstico

TRAUMA NO PUNHO  
Edema e dor  
Rx

Tratamento

Redução  
+  
NP GESSIMO  
foi ORIENTADO PO  
CUNTA DA MUDANÇA

Exames complementares

*F R D R U M R d o l o*

Impressão diagnóstica

*com Dossvio*

Motivo da saída:  Residência  Internado

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito às: h m do dia: / /

Data saída: / / Hora saída: :

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

Atendimento Médico

Médico / CRM

Urgência

Obs. até 24 hs

Horário: :

Cód procedimento: 020.070126

Técnico / Conselho: *Grau I Fracardo*

Horário:

DATA: 23/06/2018 RECEPCIONISTA: VALDEIR ARRUDA

TRIAGEM: ANA CAROLINA VANDERLET DO REGO

*Dr. José Valdeir Arruda  
Dr. Francisco Otávio  
CRM: 80726*

Secretaria Estadual de Saúde - SES  
II GERES - Gerência Regional de Saúde  
Hospital Regional de Limoeiro "José Fernandes Salsa"  
**RECEITUÁRIO**

Unidade de Saúde: Hospital Regional do Limoeiro "J. F. Salsa"

Nome: \_\_\_\_\_

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Reg. N° \_\_\_\_\_

Indio C. Gonçalves Silva

Pretendo em tratamento  
TO DE FRANCA DO RIO  
ESG, COM INICIO DA 23/06/2020,  
VITANDO N.º 0000-  
5170

Liaogua 21/07/20

01- José Vitorino de Oliveira  
11/06/2020 - Detento  
02/06 - 03/06

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico - CRM

O primeiro cigarro é uma passagem para o vício  
Eleida Monteiro de Souza



PERNAMBUCO SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SALSA



**BOLETIM DE EMERGÊNCIA PRONTUÁRIO: 001756 CLASSIFICAÇÃO: AMARELO Nº OCORRÊNCIA: 00246852**

Nome: IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA	Idade: 29 Anos 4 Meses 25 Dias	CNS: 161911144360005	Est.Civil: SOLTEIRO
End.: AV A	Nº: 275	CEP: 55700000	Bairro: LAGOA AZUL
Mãe: JOSELEMA DA SILVA ARRUDA GOMES	Nascimento: 29/01/1991	Nacio.: BRASILEIRO	Cor/Raça: PARDA
Pai: IVALDO GOMES DA SILVA	Doc nº:		Sexo: MASCULINO
Profi.: COMERCIAIRO	Acom.: O MESMO		
	Telefone: 81 94782062	Município: LIMOEIRO	

Encaminhamento: ORTOPEDIA

Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:  
QUEDA DE MOTO AGORA COM DÓR PUNHO ESQUERDO

Procedência: Residência

Doenças preexistentes: NEG

Régua de dor:

Pré-consulta:

Intolerância/Alerg.: NEG

Parâmetros: PA: 11/80 FC: 89 R: T: HGT: Spo2: 99 CLASGOW: Peso:

Estado do Paciente: Consciente Orientado Calmo

Sintomas:

Dor torácica: Duração da dor:

Dor presente: Irradiação:

Edemas:

Observações:

Últimas Ocorrências	Data:	Hora:	Nº:	Situação/Sintomas/Queixas/Eve
	04/06/2018	07:33	00080620	CLÍNICA CIRÚRGICA
	23/05/2018	07:46	00077098	CIRURGIÃO



Queixas / Diagnóstico

TRAUMA NO PUNHO  
Edema e dor  
Rx

Tratamento

Redução  
+  
NP GESSIMO  
foi ORIENTADO PO  
CUNTA DA MUDANÇA

Exames complementares

*F R D R U M R d o l o*

Impressão diagnóstica

*com Dossvio*

Motivo da saída:  Residência  Internado

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito às: h m do dia: / /

Data saída: / / Hora saída: :

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

Atendimento Médico

Médico / CRM

- Urgência
- Obs. até 24 hs

Horário: :

Cód procedimento: 020.070126

Técnico / Conselho: *Grau I Fracardo*

Horário:

DATA: 23/06/2018 RECEPCIONISTA: VALDEIR ARRUDA

TRIAGEM: ANA CAROLINA VANDERLET DO REGO

*Dr. José Valdeir Arruda  
Ortopedista  
CRM: 80726*

Secretaria Estadual de Saúde - SES  
II GERES - Gerência Regional de Saúde  
Hospital Regional de Limoeiro "José Fernandes Salsa"  
**RECEITUÁRIO**

Unidade de Saúde: Hospital Regional do Limoeiro "J. F. Salsa"

Nome: \_\_\_\_\_

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Reg. N° \_\_\_\_\_

Indio C. Gonçalves Silva

Pretendo em tratamento  
TO DE FRANCA DO RIO  
ESG, COM INICIO DA 23/06/2020,  
VITANDO N.º 0000-  
5170

Liaogua 21/07/20

01- José Vitorino de Oliveira  
11/06/2020 - Detento  
02/06 - 03/06

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico - CRM

O primeiro cigarro é uma passagem para o vício  
Eleida Monteiro de Souza



PERNAMBUCO SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SALSA



PERNAMBUCO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA	PRONTUÁRIO: 001756	CLASSIFICAÇÃO: AMARELO	Nº OCORRÊNCIA: 00246852
Name: IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA	Idade: 29 Anos 4 Meses 25 Dias	CNS: 161911144360005	Est.Cívili: SOLTEIRO
End.: AV A	Nº: 275	CEP: 55700000	Bairro: LAGOA AZUL
Mãe: JOSELA DA SILVA ARRUDA GOMES	Nascimento: 29/01/1991	Nacio.: BRASILEIRO	Cor/Raça: PARDA
Pai: IVALDO GOMES DA SILVA	Doc nº:		Sexo: MASCULINO
Prof.: COMERCIARIO	Acom.: O MESMO		
	Telefone: 81 94782062	Município: LIMOEIRO	

Encaminhamento: ORTOPEDIA

Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:  
QUEDA DE MOTO AGORA COM DOR PUNHO ESQUERDO

Procedência: Residência

Doenças preexistentes: NEG

Régua de dor:

Pré-consulta:

Intolerância/Alerg.: NEG

Parâmetros: PA: 11/80 FC: 89 R: T: HGT: Spo2: 99 GLASGOW: Peso:

Estado do Paciente: Consciente Orientado Calmo

Sintomas:

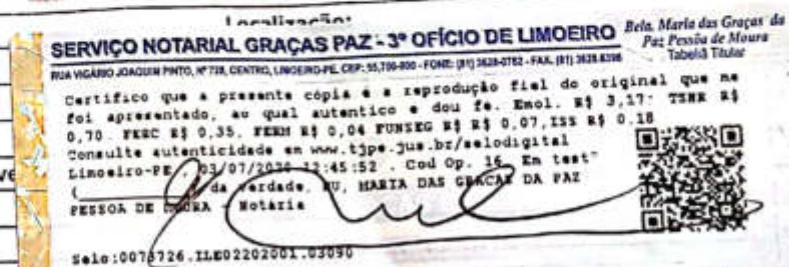
Dor torácica: Duração da dor:

Dor presente: Irradiação:

Edemas:

Observações:

Últimas ocorrências	Data:	Hora:	Nº:	Situação/Sintomas/Queixas/Eve
	04/06/2018	07:33	00080620	CLÍNICA CIRÚRGICA
	21/05/2018	07:46	00077098	CIRURGIÃO



Queixas / Diagnóstico

TRAUMA NO PUNHO  
Edema e dor

Rx

Tratamento

Redução  
+  
NP GESSADO  
foi ORIENTADO PO  
CUNTA-DT PANDUMA

Exames complementares

F R D R U R N R o d o

Impressão diagnóstica

com Dossiê

Motivo da saída:  Residência  Internado

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito às: h m do dia: / /

Data saída: / / Hora saída: :

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

Técnico / Coren

Atendimento Médico

- Urgência
- Obs. até 24 hs

Médico / CRM

Horário: :

Dr. Vanderley Siqueira  
CRM 802

Cód procedimento

020106.0125

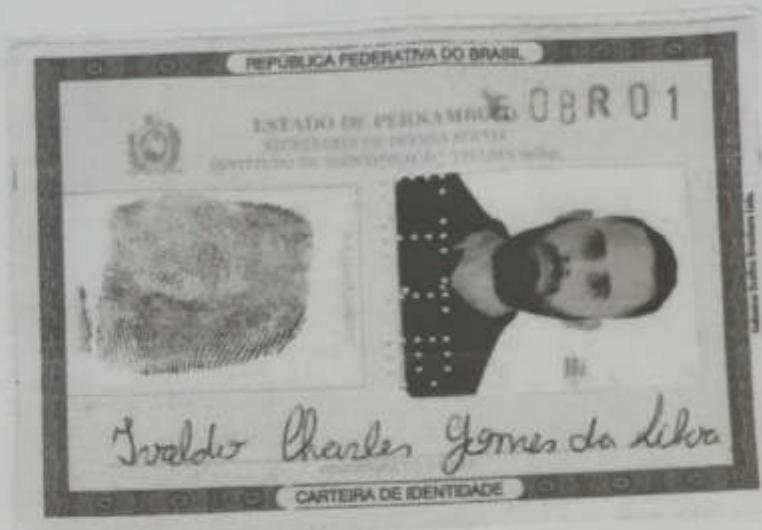
Técnico / Conselho

Geri / Revalida

Horário

DATA: 23/06/2020 09:00:28 RECEPCIONISTA: VALDEIR ARRUDA

TRIAGEM: ANA CAROLINA VANDERLET DO REGO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.859.518 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/09/2018

NOME: <<IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA>>

PATRIMÔNIO: <<IVALDO GOMES DA SILVA>>  
<<JOSELMA DA SILVA ARRUDA GOMES>>

NATURALIDADE: LIMOEIRO - PE DATA DE NASCIMENTO: 29/01/1991

DOC. ORIGEM: <<074138 01 55 2014 2 00015 160

0007315 23 LIMOEIRO-PE>>

CPF: 099.225.464-*77* *Felipe de Oliveira*

ASSINATURA DO DIRETOR: *Lei nº 7.116 de 29/06/90*

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200347964 Cidade: Limoeiro Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA Data do acidente: 23/06/2020 Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/10/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.  
P 1.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 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 LEVE DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0274411/20

Número do Sinistro: 3200347964

Vítima: IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA

CPF: 099.225.464-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/06/2020

Titular do CPF: IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## 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: 16/10/2020  
Nome: IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA  
CPF: 099.225.464-77

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2020  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

---

IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA

---

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0274411/20

**Vítima:** IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA

**CPF:** 099.225.464-77

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/06/2020

**Titular do CPF:** IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA : 099.225.464-77**

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: 28/09/2020  
Nome: IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA  
CPF: 099.225.464-77

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

---

IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA

---

MARIA ERICA ARAUJO COELHO