

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:

Documentação médico-hospitalar	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



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:

Documentação médico-hospitalar	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



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, 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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0205001295**

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

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

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

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
VEICULO: (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: COMERCIAL Telephones 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)

Ivaldo Charles Gomes da Silva

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 - Nº do sinistro ou RSL: 3 - CPF da vítima: 099.225.46477 4 - Nome completo da vítima:IVALDO CHMUG GOMES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo:IVALDO CHMUG GOMES DA SILVA 6 - CPF:099.225.46477
7 - Profissão:Comerciante 8 - Endereço:LOT. LIGON ATUL 9 - Número:225 10 - Complemento:Carq
11 - Bairro:Ligon Atul 12 - Cidade:Limoeiro 13 - Estado:PE 14 - CEP:55.700.000
15 - Telefone:081 92647416

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:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Comente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos bancos)

Nome do BANCO: Bmgco

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 1784 1 CONTA: 0012133 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Fato motivo supracitado, 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Sepado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Sou de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (verbo)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Limoeiro (PE) 16/07/20

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

BRADESCO261020200500000000002370178400000001213384375 PAGO

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, RUA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-09
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0085843-83



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 115 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 9142
Ouvintes 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

MIRELLA VIVIANE PEREIRA DA SILVA
CPF: 086.137.524-89

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO LAGOA AZUL 215

LIMOEIRO, LINOIRO
55708-000 LIMOEIRO PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

18/09/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

166,96

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

11/09/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

11/09/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

123797089

CORTA CONTRATO

007026970576

Nº DO CLIENTE

2816229019

Nº DA INSTALAÇÃO

3065915067

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

AB9F.3EE4.B479.4C96.6AA2.6DFD.B555.8D4D

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	172,00	0,4886745	83,91
Consumo Ativo(kWh)-TE	172,00	0,36428296	62,55
Contrib. Rem. Pública Municipal			13,93
ICMS Subvenção-CDE-NF 115838993-10/07/20			1,07
Multa por atraso-NF 115838993 - 10/07/20			2,75
Juros por atraso-NF 115838993 - 10/07/20			1,92
Atualização IGP-M-NF 115838993 - 10/07/20			4,03
TOTAL DA FATURA			166,96

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
143,26	25,00	35,81	143,26	1,00	1,51
					143,26
					4,99
					7,14

SEM ATÉ 13 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Valor	De Rece	Valor
18/09/20	11/09/20	136,44

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento prevista por débitos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também ocorrer cobrança conforme os critérios definidos no Art. 98 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de inadimplência SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,4886745
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,36428296

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo	Período	Valor
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	01/09/20	172
Consumo Ativo(kWh)-TE	01/09/20	167
	02/09/20	178
	03/09/20	214
	04/09/20	229
	05/09/20	324
	06/09/20	346
	07/09/20	407
	08/09/20	394
	09/09/20	421
	10/09/20	326
	11/09/20	212
	12/09/20	154

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	43,79	39,56
Transmissão	5,39	4,33
Distribuição (Carga)	32,25	32,81
Encargos Setoriais	5,31	4,33
Tributos	44,47	21,08
Perdas de Energia	13,25	7,22
TOTAL	143,26	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº Dias	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
08800000153041488	CAT	12/08/2020 11.391,80	11/09/2020 11.473,80	30	1,80100	9,90	172,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 15/10/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

DESCRIÇÃO	CATEGORIA	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
Jul/2020					
DIC-Nº de horas sem Energia	LIMOEIRO	0,90	3,76	11,58	23,16
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,90	3,38	9,50	13,30
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,90	3,57	9,50	9,50
DIC-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DCM: 13,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso					R\$ 33,36

Tudo Consumidor pode solicitar a suspensão das medições DIC, FIC, DMC e DCM a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ag cortando o fornecimento de nossa: praça da bandeira centro / farmácia central: praça da bandeira no 42 - loja 01 - centro Lista completa em www.celpe.com.br.
No data de 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% (Res 414/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 cobrada a custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
Acesse www.celpe.com.br e confira nossa Política de Privacidade.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CORTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007026970576	09/2020	166,96	18/09/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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 Nascimento: 29/01/1991 CEP: 55700000 Bairro: LAGOA AZUL
Mãe: JOSELMA DA SILVA ARRUDA GOMES Doc nº: Nacio.: BRASILEIRO Cor/Raça: PARDA
Pai: IVALDO GOMES DA SILVA Acom.: O MESMO Sexo: MASCULINO
Prof.: COMERCIAL Telefone: 81 94782062 Municíp: LIMOEIRO

Encaminhamento: ORTOPEDIA
Situação/Sintomas/Queixas/Eventos: QUEDA DE MOTO AGORA COM DOR PUNHO ESQUERDO
Procedência: Residência
Doenças preexistentes: NEG
Régua de dor:
Intolerância/Alerg.: NEG Pré-consulta:

Parâmetros: PA: 11/60 FC: 69 R: T: HGT: 5po2: 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/Eventos
	04/06/2018	07:33	00080620	CLÍNICA CIRÚRGICA
	21/05/2018	07:46	00077098	CIRURGIAO

SERVIÇO NOTARIAL GRAÇAS PAZ - 3º OFÍCIO DE LIMOEIRO
Rua Visconde de Albuquerque, nº 126, Centro, Limoeiro-PE, CEP: 55700-000. Fone: (81) 3011-0000. Fax: (81) 3011-0000.

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que se foi apresentado ao qual autentico e dou fé. Emol: R\$ 2,17 - TERS R\$ 0,70 - FISC R\$ 0,35 - FERN R\$ 0,04 FUNSEC R\$ R\$ 0,07 DCA R\$ 0,18

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital
Linhaire-PE - 03/07/2020 - 12:45:52 - Cad Op. 16 - Em test

1. da Verdade: DR. MARIA DAS GRACAS DA PAZ
PESSOA DE FÉ: Notaria

Selo: 8078126, 21802202002, 03095

Queixas / Diagnóstico
TRAUMA NO PUNHO
Edema e dor
Rx

Tratamento
Redução
+
Ap Gessado
FOI ORIENTADO PO
CONTA DO MANEJO

Exames complementares
FRATURA RA Radio COM DORSO

Impressão diagnóstica

Motivo da saída: ☐ Residência ☐ Internado

Encaminhado: Justificativa:

Removido:

Obito 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
Horário: : Médico / CRM

Cód procedimento: 020.0.0126

Técnico / Conselho: Spai / Pernambuco

Horário:

DATA: 23/06/2020 09:00:28 RECEPCIONISTA: VALDEIR ARRUDA TRIAGEM: ANA CAROLINA VANDERLET DO REGO

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. Nº _____

IVNIDU Q. GOMES SILVA

PREVENTO EM TRANSMISSÃO
TO DE FRATURA DO RADIO
ESQ, COM INICIO EM 23/06/2020,
VITANDO RE. E TRAN-
SITO

LIDOGUIN 21/07/20

Dr. José Wanderley de Aguiar
Fisioterapeuta - Ortopedista
CRM - 48.214

Data: ____/____/____

Médico - CRM

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



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 Nascimento: 29/01/1991 CEP: 55700000 Bairro: LAGOA AZUL
Mãe: JOSELMA DA SILVA ARRUDA GOMES Doc nº: Nacio.: BRASILEIRO Cor/Raça: PARDA
Pai: IVALDO GOMES DA SILVA Acom.: O MESMO Sexo: MASCULINO
Prof.: COMERCIAL Telefone: 81 94782062 Municíp: LIMOEIRO

Encaminhamento: ORTOPEDIA	Procedência: Residência
Situação/Sintomas/Queixas/Eventos: QUEDA DE MOTO AGORA COM DOR PUNHO ESQUERDO	Doenças preexistentes: NEG
	Régua de dor:
Intolerância/Alerg.: NEG	Pré-consulta:

Parâmetros: PA: 11/60 FC: 69 R: T: HGT: 5po2: 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/Eventos
	04/06/2018	07:33	00080620	CLÍNICA CIRÚRGICA
	21/05/2018	07:46	00077098	CIRURGIA

SERVIÇO NOTARIAL GRAÇAS PAZ - 3º OFÍCIO DE LIMOEIRO
Rua Visconde de Albuquerque, nº 126, Centro, Limoeiro-PE, CEP: 55700-000. Fone: (81) 3011-3000. Fax: (81) 3011-3001.

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que se foi apresentado ao qual autentico e dou fé. Emol: R\$ 2,17 - TERS R\$ 0,70 - FISC R\$ 0,35 - FZEM R\$ 0,04 FUNSEC R\$ R\$ 0,07 DCA R\$ 0,18

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital
Limoeiro-PE - 03/07/2020 - 12:45:52 - Cad Op. 16 - Em test

1. da Verdade: DR. MARIA DAS GRACAS DA PAZ
PESSOA DE FÉZEA Notaria

Selo: 8078126, 21802202002, 03095

Queixas / Diagnóstico	Tratamento
TRAUMA NO PUNTO Edema e dor Rx	Redução + Ap Gessano FOI ORIENTADO PO CUNTA DO MANEJO

Exames complementares	Impressão diagnóstica
FRATURA RADIO COM DESVIO	

Motivo da saída: ☐ Residência ☐ Internado

Encaminhado: Justificativa:

Removido:

Obito às: h m do dia: / / Data saída: / / Hora saída: :

<input type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Nebulização <input type="checkbox"/> Adm. de medicamento <input type="checkbox"/> Retirada de ponto	Técnico / Coren	Atendimento Médico <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Obs. até 24 hs Horário: :	Médico / CRM
---	-----------------	--	--------------

Cód procedimento	020.04.0126
Técnico / Conselho	Spai / Pernambuco
Horário	

DATA: 23/06/2020 09:00:28 RECEPCIONISTA: VALDEIR ARRUDA TRIAGEM: ANA CAROLINA VANDERLET DO REGO

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. Nº _____

IVNIDU Q. GOMES SILVA

PREVENTO EM TRANSMISSÃO
TO DE FRATURA DO RADIO
ESQ, COM INICIO EM 23/06/2020,
VITANDO RE. E TRAN-
SITO

LIDOGUIN 21/07/20

Dr. José Wanderley de Aguiar
Fisioterapeuta - Ortopedista
CRM - 48.214

Data: ____/____/____

Médico - CRM

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



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 Nascimento: 29/01/1991 CEP: 55700000 Bairro: LAGOA AZUL
Mãe: JOSELMA DA SILVA ARRUDA GOMES Doc nº: Nacio.: BRASILEIRO Cor/Raça: PARDA
Pai: IVALDO GOMES DA SILVA Acom.: O MESMO Sexo: MASCULINO
Prof.: COMERCARIO Telefone: 81 94782062 Municíp: 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: Irradiação:

Dor presente:

Edemas:

Observações:

Últimas Ocorrências	Data:	Hora:	Nº:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos
	04/06/2018	07:33	00080620	CLÍNICA CIRÚRGICA
	21/05/2018	07:46	00077098	CIRURGIAO

SERVIÇO NOTARIAL GRAÇAS PAZ - 3º OFÍCIO DE LIMOEIRO
Rua VIGARIO JOAQUIM PINTO, Nº 728, CENTRO, LIMOEIRO-PE. CEP: 55.700-000 - FONE: (81) 3628-0702 - FAX: (81) 3628-8398
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fe. Enol. R\$ 3,17. TERN R\$ 0,70. PERC R\$ 0,35. FERR R\$ 0,04. FUNSEG R\$ 0,07. ISS R\$ 0,18
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital
Limoeiro-PE, 03/07/2020 12:45:52. Cod Op. 16. Em test.
() da Verdade. AV. MARTA DAS GRAÇAS DA PAZ
PESSOA DE HONRA Notaria
Selo: 0078726. ILE02202001.03090

Queixas / Diagnóstico
TRAUMA NO PUNHO
Edema e dor
Rx

Tratamento
Reduções
+
Ap Gessado
FOI ORIENTADO PO
CUNTA-DE PAINEL MIN

Exames complementares
FRATURA RACHO COM DESVIO

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
☐ Urgência ☐ Obs. até 24 hs Atendimento Médico
Horário: : Médico / CRM



Cód procedimento 0204040125
Técnico / Conselho Guri / Fernando
Horário

DATA: 23/06/2020 09:00:28 RECEPCIONISTA: VALDEIR ARRUDA TRIAGEM: ANA CAROLINA VANDERLET DO REGO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 08R01

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - I.D. Nº 100

Ivaldo Charles Gomes da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.859.518 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/09/2018

NOME << IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA >>

FILIAÇÃO << 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 >>

CNPJ 099.225.464-77

Ivaldo de Carvalho

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.115 DE 29/08/93

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

Valoração 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 médico-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 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

IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 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