



Número: **0069986-09.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|--|--------------------|---|--------------------|
| IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA (AUTOR) | | RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO) | |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU) | | | |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 71445050 | 23/11/2020 14:40 | 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 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:

| | |
|---|--|
| 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

Pag. 01489/01490 - carta_03 - INVALIDEZ

00030745



Carta nº 16197258





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 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:

| | |
|---------------------------------------|--|
| 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

Pag. 01607/01608 - carta_03 - INVALIDEZ

00030804



Carta nº 16216084





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 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, 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
POLÍCIA 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 (Consumado) 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: **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)

Ivaldo Charles Gomes da Silva

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



16/07/2020 12:11

Digitalizado com CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DIÁRIOS (DESPESES 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 CHMILGA GOMES DA SILVA

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

5 - Nome completo:

Juvaldo Chmílga Gomes da Silva

6 - CPF:

099.225.46477

7 - Profissão:

Comerciante

8 - Endereço:

Lot. Ligon Azul

9 - Número:

275

10 - Complemento:

Cará

11 - Bairro:

Ligon Azul

12 - Cidade:

Limoeiro

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.700-000

15 - E-mail:

081-92647416

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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\$1.000,00 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

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 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 avaliado, 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

☐ Separado 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 (se houver)?

☐ 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 a 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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BRABESCO

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

BRABESCO261020200500000000002370178400000001213384375 PAGO



Control - 081.996686080

2a VIA



CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
 COMERCIAL 115 | PRONTÃO 115
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
 Gravidos 0800 282 5599
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
 Rio-ANPE: 0800-377-0167-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: 066.137.824-69 | 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 | CARTA CONTRATO 987026870576 Nº DO CLIENTE 2315229019 Nº DA INSTALAÇÃO 306015657 |
| ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA LO LAGOA AZUL 275 LIMOEIRO, RIO DE JANEIRO 55708-000 LIMOEIRO PE | CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásica | | |
| As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br | RESERVADO AO FISCO AB9F.3EE4.B479.4C96.6AA2.6DFD.B555.8D4D | | |

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

[illegible]

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | | | | | |
|--|-------------------|------------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|--------|----------------|
| NUMERO DO WELSHOF | TIPO DA FUNCAO | ANTERIOR | | ATUAL | | QT DAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO LIM |
| | | DATA | LEITURA | DATA | LEITURA | | | | |
| 000000007153041400 | CAT | 12/08/2020 | 11.381,00 | 11/08/2020 | 11.473,00 | 30 | 1,9000 | 8,90 | 172,00 |

DATA PREVISTA PARA A PROXIMA LEITURA: 13/09/2020

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES | | | | | |
|---|----------|---------------|--------------|--------------------|-------------|
| DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | MÉDIA MENSAL | MÉDIA TRIM. | MÉDIA ANUAL |
| JUN2020 | | | | | |
| DIC-Nº de horas sem Energia | LABOEDR | 0,00 | 3,79 | 11,58 | 23,16 |
| FIC-Nº de vezes sem Energia | | 0,00 | 3,30 | 0,00 | 13,20 |
| DMIC-Duração máxima de interrupção contínua | | 0,00 | 5,57 | 0,00 | 5,00 |
| DICN-Duração de interrupção em dia crítico | | | | Limite DICR: 12,23 | |
| EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 55,36 | | | | | |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você as cotas! Evitamos o trânsito de nós: praça da bandeira centro / farmácia central; praça da bandeira no 43 - loja 01 - centro. Lista completa em www.cslpe.com.br.
O dia da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.ansel.gov.br.
O Conselho ICMS sobre subemprego CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O Conselho ICMS sobre a violação da continuidade no trabalho ou a situação de teste de fornecimento.
Pagos, em atraso pelo mês 27.994/14 (ANEXO 1) e 10.043/14 (ANEXO 2) e atualização monetária no mês. Inds
O C&E e compensado quando há desatendimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
Acesse www.cslpe.com.br e confira nossos Avisos de Privacidade.

| NÍVEL DE TENSÃO | | |
|-----------------------|-----------------------|--------|
| TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) | |
| | MÍNIMO | MÁXIMO |
| 220 | 392 | 231 |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA | | |

| | | | | |
|--|---------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--|
| QUOTAQUE AQ09 | | | | |
| CONTA CONTRATO 007026970576 | MÊS/ANO 09/2020 | TOTAL A PAGAR(R\$) 166,96 | VENCIMENTO 18/09/2020 | TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica. |
| PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO | | | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA | |

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



BOLETIM DE EMERGÊNCIA PRONTUÁRIO: 001256 **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:** 273 **Nascimento:** 29/01/1991 **CEP:** 55700000 **Bairro:** LAGOA AZUL
Mãe: JOSELMA DA SILVA ARRUDA GOMES **Doc nº:** **Naclo:** BRASILEIRO **Cor/Raça:** PARDA
Pai: IVALDO GOMES DA SILVA **Acom.:** O MESMO **Sexo:** MASCULINO
Profi.: COMERCIÁRIO **Telefone:** 81 94782062 **Municip:** 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/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 108, Centro, Limoeiro-PE, CEP: 55700-000. Fone: (81) 3080-0000. Fax: (81) 3080-0000.
 Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé. Em 04 de 05 de 2020, às 09:00, em 04 de 05 de 2020, em 04 de 05 de 2020, em 04 de 05 de 2020.
 Transmite autenticidade em: www.tjpe.jus.br/weledigital
 Limoeiro-PE, 04/05/2020, às 09:00. Cód. Op. 16. 8A 1687
 I, _____, da cidade de Limoeiro, PE, Notário Público, sou signatário desta
 Pessoa de Física Notaria
 Sale: 8019726, ILAC0202001, 03095

Queixas / Diagnóstico
 TRAUMA NO PUNHO
 Edema e dor
 Rx

Tratamento
 Poducas
 +
 Ap Gessardo
 foi ORIENTADO PO
 CUNTA DO MANEJO

Exames complementares
 FRATURA RADIO COM DESVIO

Impressão diagnóstica

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** **Médico / CRM**
☐ Urgência ☐ Obs. até 24 hs **Horário:** :
Cód procedimento: 020.04.0125 **Técnico / Conselho:** Spaci / Fernando

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 _____

IVINDO C. GOMES SILVA

PREVENTO EM TRANSMISSÃO
TO DE FRATURA DO RADIO
ESQ, COM INICIO EM 23/06/2020,
VITIMA DE TRAN-
SITO

LIDOGUZO 21/07/20

Dr. José Wanderley de Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.114

Data: ____/____/____

Médico - CRM

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





Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/11/2020 14:40:26
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112314402647700000070046918>
Número do documento: 20112314402647700000070046918

Num. 71445050 - Pág. 11

BOLETIM DE EMERGÊNCIA PRONTUÁRIO: 001256 **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:** 273 **Nascimento:** 29/01/1991 **CEP:** 55700000 **Bairro:** LAGOA AZUL
Mãe: JOSELMA DA SILVA ARRUDA GOMES **Doc nº:** **Naclo:** BRASILEIRO **Cor/Raça:** PARDA
Pai: IVALDO GOMES DA SILVA **Acom.:** O MESMO **Sexo:** MASCULINO
Profi.: COMERCIÁRIO **Telefone:** 81 94782062 **Municip:** LIMOEIRO

Encaminhamento: ORTOPIEDIA
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: 11/80 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/Eventos |
|------------|-------|----------|-----------------------------------|
| 04/06/2018 | 07:33 | 00080620 | CLÍNICA CIRÚRGICA |
| 21/05/2018 | 07:46 | 00077098 | CIRURGIA |

Serviço Notarial Graças Paz - 3º Ofício de Limoeiro
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé. Em 01 de 07 de 2020 às 09:05, FIZEM AS 09:05 FIZEM AS 09:05 FIZEM AS 09:05
Tomei a autenticidade em www.tjpe.jus.br/validadigital
Limoeiro-PE, 01/07/2020 às 09:05. Cód Op. 16, 8A test
Pessoa de Física Notaria
Sale: 8078726, 21802202001, 03095

Queixas / Diagnóstico
TRAUMA NO PUNHO
Edema e dor
Rx

Tratamento
Redução
+
Ap Gessado
foi ORIENTADO PO
CUNTA DO MANEJO

Exames complementares
FRATURA RADIO COM DESVIO

Impressão diagnóstica
FRATURA RADIO 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** **Atendimento Médico** **Médico / CRM**
☐ Urgência ☐ Obs. até 24 hs **Horário:** :
Cód procedimento: 020.04.0125 **Técnico / Conselho:** Spm / Fernando **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 _____

IVANILDO C. GOMES SILVA

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

LIDOGUPO 21/07/20

Dr. José Wanderley de Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 45114

Data: ____/____/____

Médico - CRM

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





Digitalizado com CamScanner



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 **Nascimento:** 29/01/1991 **CEP:** 55700000 **Bairro:** LAGOA AZUL
Mãe: JOSELMA DA SILVA ARRUDA GOMES **Doc nº:** **Naclo.:** BRASILEIRO **Cor/Raça:** PARDA
Pai: IVALDO GOMES DA SILVA **Acom.:** O MESMO **Sexo:** MASCULINO
Profi.: COMERCIÁRIO **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:** **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 | CIRURGIA |

Serviço Notarial Graças Paz - 3º Ofício de Limoeiro
 Rua Vagário Joaquim Pinto, nº 718, Centro, Limoeiro-PE. CEP: 55.700-000 - Fone: (81) 3628-0782 - Fax: (81) 3628-0788
 Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fe. Emol. nº 3.17. TERN nº 0,70. FISC nº 0,35. FERN nº 0,04. FUNSEG nº 0,07. ISS nº 0,18
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seelodigital
 Limoeiro-PE, 03/07/2020 12:45:52. Cod Op. 16. Em test.
 () da cidade de, MARIA DAS GRAÇAS DA PAZ
 PESSOA DE CORA Notaria
 Selo: 0076726.ILE02202001.03990

Queixas / Diagnóstico
 TRAUMA NO PUNHO
 Edema e dor
 Rx

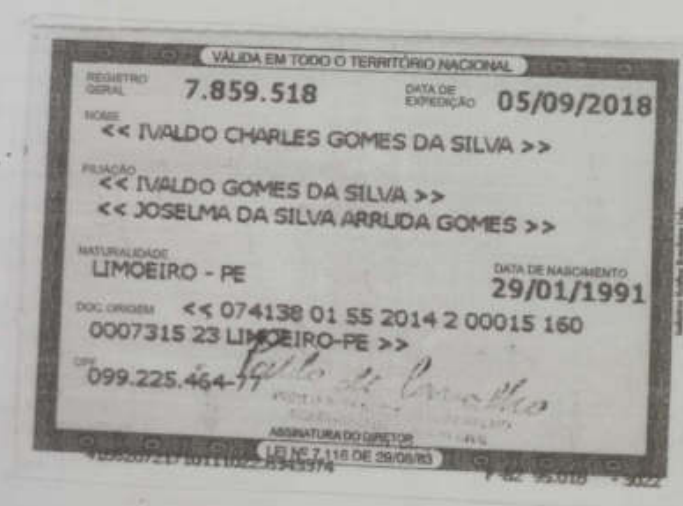
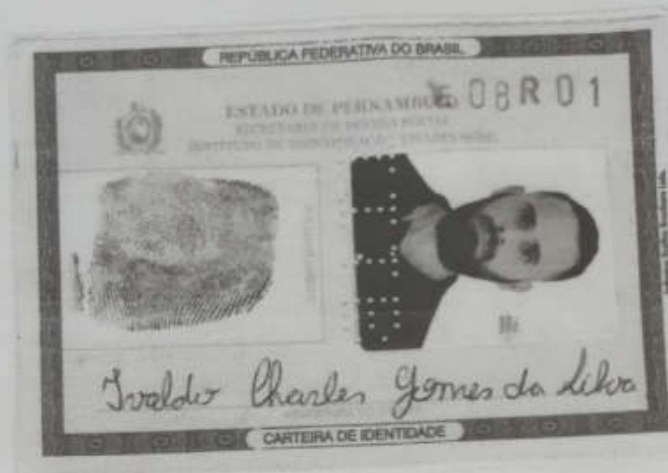
Tratamento
 Redução +
 Ap Gessado
 Foi orientado ao
 CUNTA-DE-PANDEMINA

Exames complementares FRATURAS RADIO COM DESVIO
Impressão diagnóstica

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 **Médico / CRM**
Horário: :
Cód procedimento: 0204040125
Técnico / Conselho: Espi / Remendo
Horário:

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

TRIAGEM: ANA CAROLINA VANDERLEI DO REGO



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 |





Digitalizado com CamScanner



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

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 23/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVALDO CHARLES GOMES DA SILVA

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

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 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

