

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, 19 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180584474**

**Vítima: LUAN GERDSON DO REGO LIMA**

**Data do Acidente: 18/08/2018**

**Cobertura: DAMS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LUAN GERDSON DO REGO LIMA**

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, 30 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180584474**

**Vítima: LUAN GERDSON DO REGO LIMA**

**Data do Acidente: 18/08/2018**

**Cobertura: DAMS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LUAN GERDSON DO REGO LIMA**

**Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:**

**Recebedor: LUAN GERDSON DO REGO LIMA**

**Valor: R\$ 281,46**

**Banco: 104**

**Agência: 000003483**

**Conta: 000008881-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO**  
**- SEGURO DPVAT -**

Seguradora Líder - DPVAT

No. DO SINISTRO

[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou  
 ligue SAC DPVAT 0800 022 1204

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, LUAN GEDSON REGO LIMA  
 PORTADOR/A DO RG No.: 003.380.488 EXPEDIDO POR ITEP EM 29/05/12 E  
 CPF 702549584-44 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO AJUDANTE GERAL E RENDA MENSAL DE R\$ 954,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR REFERENTE Á INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LUAN GEDSON DO REGO LIMA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

**Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento.**

**Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.**

**CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**

No. BANCO \_\_\_\_\_ No. AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR.  
 No. DE CONTA CORRENTE \_\_\_\_\_

**CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**

No. BANCO 237 No. AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
 No. CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

**CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**

No. BANCO 001 No. AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
 No. CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

**CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**

No. BANCO 341 No. AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
 No. CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

**CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**

No. BANCO 104 No. AGÊNCIA 3483 043 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
 No. CONTA-POUPANÇA 0000 8881-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

**ATENÇÃO**

- Não será possível efetuar o pagamento em Conta Salário (INSS), Conta Fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou Conta Conjunta quando o beneficiário não for o titular da conta;
- Não se esqueça de informar os dígitos da agência, caso o dígito exista, principalmente do Banco BRADESCO;
- Certifique-se de que a conta informada esteja ATIVA;
- Indique corretamente se a conta informada é POUPANÇA ou CONTA CORRENTE;
- Tenha SEMPRE um documento bancário para conferência de sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

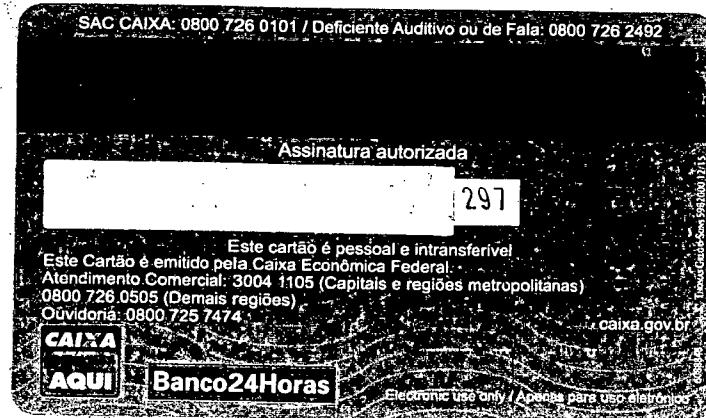
LOCAL Apodi

DATA 29/05/12

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A luan Gedson do Rego Lima



SAC CAIXA: 0800 726 0101 / Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 726 2492





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PÓLICIA CIVIL  
DEGEPOL - DPCIN - 2ª. DRPC  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE APODI  
Rua Sebastião Sizenando, s/n, BR 405, Apodi/RN - Telefone: (84) 3333-2737.



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº. 808/2017

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo do Acidente: QUEDA DE MOTOCICLETA

Data e Hora do Acidente: 18 de agosto de 2018 13:00 H

Local da Ocorrência: BR405, na entrada do Sítio Caboclo, ZONA RURAL DE APODI/RN.

Comunicante/vitima: LUAN GERDSON DO REGO LIMA

Identidade RG.: 003.380.488 SSP/RN CPF: 702.579.584-44

Naturalidade: Apodi-RN

Data Nascimento: 16/04/1997

Pai: Luiz Sobrinho de Lima

Mãe: Lucia de Fátima do Rego Lima

Profissão: Ajudante de Serralheiro Telefone: (84) 9.91377637

Endereço: Sítio Caboclo II, Zona Rural de Apodi- RN

Boletim de ocorrência

PASSAGEIRO OU CONDUTOR? Condutor

CONDUTOR: HABILITADO



### Identificação do Veículo:

Tipo: MOTOCICLETA

Marca/Modelo: HONDA/NXR150 BROS MIX  
ESD

Placa: NNU8832/RN

Cor: PRETA

Proprietário: Luan Gerdson do Rego Lima

RENAVAN: 002088536477

CHASSI: 9C2KD0510AR001981

### HISTÓRICO:

Comparece a vitima LUAN GERDSON DO REGO LIMA para formalizar a ocorrência de Acidente de Trânsito/queda de motocicleta; Que informa que conduzia à motocicleta acima descrita no dia 18 de agosto de 2018, por volta das 13:00h, onde se deslocava em direção a sua casa pela BR 405; Que informa a vitima acima qualificada perdeu a controle da motocicleta, o que ocasionou a queda; Que informa que foi levado pela pessoa de CARLA CRISTINA DA SILVA LIMA ao Hospital Regional Hélio Morais Marinho e em seguida encaminhado para o Hospital Tarcísio Maia em Mossoró/RN; Que informa que o acidente produziu fratura na clavícula esquerda e algumas escoriações pelo corpo; Que a motocicleta ficou bastante danificadas em sua estrutura. E nada mais disse.

Local e data deste Registro: Apodi, 20 de Agosto de 2018.

Luau Gerdson do Rego Lima  
Comunicante/vitima

Debby 101222348  
Responsável pelo registro.

Carla Cristina da Silva Lima  
Testemunha

Jadson Jairon Freitas Nogueira  
Testemunha



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 281,46

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

CLIENTE: LUAN GERDSON DO REGO LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03483

CONTA: 00000008881-9

---

Nr. da Autenticação 4F01D04F444A2C44

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, Luan Gerdson Do Rego Lima,  
RG nº 003.380.488, data de expedição 29/05/12, Órgão ITEP,  
CPF nº 702.579.584-44, venho perante a este instrumento  
declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome,  
sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SITIO CABOCO 2</u>
Número	<u>—</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>APODI</u>
Estado	<u>RIO GRANDE DO NORTE</u>
CEP	<u>59700-000</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 99337-7637</u>
E-mail	<u>luangerdson@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: APODI 29/11/2018

Assinatura do Declarante: Luan Gerdson do Rego Lima



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 200551992 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

LUCIA DE FATIMA DO REGO LIMA

CPF 904 685 624-00 NIS: 16045125313  
CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
012927516	ÚNICA	26/09/2018
26/09/2018	3010792210	64231

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI CABOCLO 7 E

ZONA RURAL/ÁREA RURAL  
APODÉ RN  
59700-000

CONTA CONTRATO MÊS/ANO

7008764144 09/2018

DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

04/10/2018 26/10/2018

TOTAL FABRICADO 124,02

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30.000.000	0,21440926	6,43
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70.000.000	0,36755874	25,72
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120.000.000	0,55133811	86,18
Consumo Ativo superior a 220 kWh	4.000.000	0,81259790	3,45
Acréscimo Bandeira VERMELHA			10,91
ICMS-Parcela Subvençãonada			8,18
Multa por atraso-NF 011530042 - 27/08/18			3,08
Juros por atraso-NF 011530042 - 27/08/18			0,70
Atualizações (GPM-NF 011530042 - 27/08/18)			0,41

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIADOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
60373930	CAT	27-08-2018	18.234,00	26-09-2018	18.458,00	1	1.00000		224,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano kWh	ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Geração de Energia	R\$ 42,16	37,78%
SET18 224		111,67	18,00	20,10	Transmissão	R\$ 5,43	4,85%
AGO18 272		111,67	1,19	1,32	Distribuição (Cosern)	R\$ 25,70	23,01%
JUL18 238		111,67	5,48	6,11	Perdas de Energia	R\$ 6,91	6,19%
JUN18 207					Encargos Sectoriais	R\$ 3,92	3,51%
MAI18 224					Tributos	R\$ 27,53	24,65%
ABR18 195					Total	R\$ 111,67	100%
MAR18 210							
FEV18 216							
JAN18 215							
DEZ17 205							
NOV17 208							
OUT17 187							
SET17 183							

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh	0,16151450
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,27885200
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,40000000
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,65147000

RESERVADO AO RISCO

0107 A2C9.8C59.79B5.1E3B.D19E.987B.3563

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pegue no ponto mais perto de você e saiba de olhada, apodi, centro / superintendente de tudo: apodi, bloco energética completa em [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br). O pagamento desta Nota Fiscal só deve ser feito sobre a constatação de que não houve faltas e o bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações: 0800 722 10 00. O consumo de energia elétrica é contabilizado individual ou de nível de consumo, conforme a legislação. Pague em atraso para multa 2% (R\$ 614,00/MESES). Juros 11% a.m. (R\$ 10.438,02) e atualização monetária no prazo, mais Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 48,16. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de fôlder para os padrões de atendimento comercial.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos e encargos que incidem sobre a prestação de serviços de distribuição de energia elétrica podem ser consultadas em nossas unidades de atendimento e no site [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br).

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONJUNTO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	J/2015	0,52	10,44	20,88
FIC		1,00	7,59	15,18
DMIC		0,52	5,58	0,00

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
220	202
	231

TIPOLOGIA DE CONSUMO: RESIDENCIAL



COMPRAVANTAS de despesas medicas

## RECIBO

Recebi do Sr. **Luan Gerdson do Rêgo Lima**,  
**Portador do CPF: 702.579.584-44**, a quantia supra de  
250,00 (Duzentos e Cinquenta Reais), referente a Cinco  
raios-x da clavícula, realizado no mesmo.

Para maior clareza firmo o presente

Raio-x da clavícula.....	20/08/2018.....	50,00
Raio-x da clavícula.....	27/08/2018.....	50,00
Raio-x do ombro.....	27/08/2018.....	50,00
Raio-x da clavícula.....	03/09/2018.....	50,00
Raio-x da clavícula.....	21/09/2018.....	50,00

**Dr. Ivonézio Queiroz de Souza**

End: Manoel Alexandre, Nº. 310 – Princesinha do Oeste

CPF: 792.203.804-63.

Ortopedista e Traumatologista

Membro titular da S.B.T.O

CRM:4152 - T.E.O.T: 9448

**DROGARIA SANTA TEREZINHA**

**ANA C A C C I A LTDA**

CNPJ: 19.688.268/0001-96 IE: 204038936

RUA SAO JOAO BATISTA, 208, CENTRO, APODI-RN  
(84)3333-3669

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor  
Eletrônica

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Qtde. Un.</b>	<b>VL. Unit.</b>	<b>VL. Total</b>
46130	XEFO 8MG	1 UN	34,96	31,46

Qtde. total de itens 1

Valor total R\$ 34,96

Desconto R\$ 3,50

**Valor a pagar R\$ 31,46**

FORMA PAGAMENTO VALOR PAGO R\$

**Total Pago R\$ 31,46**

Dinheiro 31,46



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

P/ Lavar Gérishem

USO OML

① XGFO — OICX

Tomas 01 cp W  
12/12 horas Sdias

2

18  
08  
18

Dr. Pablo Romero da Escóssia Pinheiro  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT 14391  
CRM/RN 5924



FICHA N°

## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

REGISTRO N° 13244, 333

### 1. DADOS DO PACIENTE:

Nome: LUVAN GRANSON NEGÓ LIMA  
Data de Nascimento: 16/04/1997 Idade: 21 Sexo: MASC  
Estado Civil: SOLT Naturalidade: ARAUÁ  
Profissão: SISTALIGIÓLOGO Cartão SUS nº:  
Filiação: Pai e/ou Mãe: LUCIA FATTIMA R. LIMA  
Endereço: ST CAMOCLO Nº:  
Bairro: Cidade: MANAUFUF: \_\_\_\_\_

Data: 10/08/18 Hora: 13:30 Rubrica do Servidor: \_\_\_\_\_ Mart.

2. ACOLHIMENTO: ( ) Emergência ( ) Urgência ( ) Ambulatório

3. ACIDENTE DE: ( ) Trabalho ( ) Doméstico ( ) Trajeto

### 4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

a) Queixa: \_\_\_\_\_

b) Antecedentes Alérgicos: \_\_\_\_\_

c) HAS: ( ) DM: ( )

5. EXAME FÍSICO: Peso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ FC: 103 P-M PA: 140 x 90

F. R: \_\_\_\_\_ Glasgow: \_\_\_\_\_ SpO<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_

6. ANAMNESE: \_\_\_\_\_

7. PROCEDIMENTOS MÉDICOS: Histórico e/ou causa da lesão (alegada):

11:10 HS  
PROBLEMA  
11:10 HS

1. Desconhece aqul, obel  
+ Informa 50gml aqul, obel

+ Aqul

Myocard

Amnio "F" AP

Outros.

Dr. Romário Soares  
11:10 HS

### 8. PROCEDIMENTO MÉDICO:

( ) Ambulatório  
Márcia Antunes de França Oliveira  
Mat. 13.373-9  
Diretora Administrativa

( ) Internamento;

R-X

TODAS AS INFORMAÇÕES DE DADOS DO PACIENTE SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

9. ENCAMINHAR PARA O SERVIÇO SOCIAL (RESPONSÁVEL / ACOMPANHANTE), NOS  
CASOS DE  Internamento,  Encaminhamento para outra Unidade,  Óbito.
10. EXAMES SOLICITADOS:  
 Ambulatoriais,  Raios X,  Outros.

11. DIAGNÓSTICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Médico(a)  
Assinatura e Carimbo



64  
04

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 19587 - LUAN GERDSON DO REGO LIMA (21 a 4 m 2 d)

Nascimento: 16/04/1997 Natural: APODI, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA  
CNS: 705408461094699 CPF: 70257958444 Prof:  
Mãe: LUCIA DE FATIMA DO REGO LIMA Pai: LUIS SOBRINHO DE LIMA  
Logradouro: SITIO CABOCLO II, 1  
CEP: 59700000 Bairro: ZONA RURAL Cidade: APODI  
Telefone 84 91267424 84 91267424 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO  
Origem: AMBULANCIA OUTRO

Tipo: REGULADO

\*Empresa:

OBS:		Classificação: 18/08/2018 15:07:55   PESO:							
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTÁ CONFORME A ORIGINAL

Queixas: 21a, queda de moto, consciente, orientado, ar amb., trauma em ombro E. Apodi. DATUM: 028/11/2018  
Hora: \_\_\_\_\_

SAME/ARQUIVO

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Percebe jé entubado  
de Apodi (AEP) (já rebre  
AODE) Vizit e acq. Vntral hys  
Pelo estab. It da Vaga aleg.  
Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
Capitri segto.			
Vag mew (vermelho)			
de m. mervelin.			
DICLOFENAC 100 mg			
- DIPICONA 2ml + P. AGD ev Agera.			
Rommel Viana Cirurgia de Ortopedia Cirurgia Geral CRM/RN 6362			
SR 896 1000			
Mia GMA			

\*Saída: ( ) Decisão médica; ( ) Enc.outroServiço; ( ) Evasão; ( ) Interna: CID \_\_\_\_\_ Proc. \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/18. Hr: \_\_\_\_ Ass. Médico: \_\_\_\_\_

ORTOPEDIA

Pd c/ fratura no ombro, primeiros 6  
meses.

Rx: Fratura móbil do clavícula

CQ: T10018

- medecer
- ACTS
- Acop. Alustrom.

Dr. Pablo Romero da Escusse Pinheiro  
Ortopedia e Traumatologia  
TECI 14381  
CRM/RN 5924

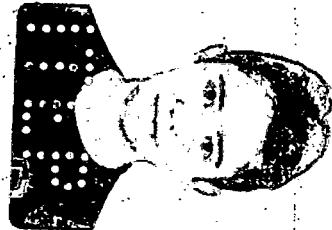
HÓSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 28/11/2018

SAME/ARQUIVO

RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR  
(CARTEIRA DE IDENTIDADE)

Luau gerdson do Rego Lima

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL  
NOME

003.380.488

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

29/05/2012

FILIAÇÃO

LOUIS SOBRINHO DE LIMA

LUCIA DE FATIMA DO REGO LIMA

NATURALIDADE

APODI RN

DOC. ORIGEM CERT. DE NASCIMENTO L-A50

E-267, RG-22300

APODI, RN-2 CARTÓRIO

CPF: 702.579.584-44

1a. VIA

DATA DE NASCIMENTO

16/04/1997

ASSINATURA DO DIRETOR  
Ludmila Jamail Fernandes

LEIA 27116 DE 29/08/83

ITEP-RN

Documentos de Identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

**702.579.584-44**

Nome

**LUAN GERDSON DO REGO LIMA**

Nascimento

**16/04/1997**

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

**843A.D531.782A.3AE0**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:09:27 do dia 29/05/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448932/18

**Vítima:** LUAN GERDSON DO REGO LIMA

**CPF:** 702.579.584-44

**Data do acidente:** 18/08/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LUAN GERDSON DO REGO  
LIMA

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovantes de despesas médicas  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### Outros



**LUAN GERDSON DO REGO LIMA : 702.579.584-44**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomado por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

### Documentação recebida sem conferência

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/12/2018  
Nome: LUAN GERDSON DO REGO LIMA  
CPF: 702.579.584-44

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2018  
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA  
CPF: 124.570.097-90

LUAN GERDSON DO REGO LIMA

DAIANE SANTOS BARBOZA

# SEGURADO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder • DPVAT

## COBERTURA SOLICITADA

MORTE     INVALIDEZ PERMANENTE     DAMS

## IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Luau Gerson De Reis Leme  
DATA DO ACIDENTE 18/08/18 POSSUI CPF  SIM  NÃO Nº CPF 725793844  
PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS:

- Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, neste formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204
- Todos os documentos devem estar legíveis

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada  Sim  Não
- Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada  Sim  Não
- Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- CPF da vítima (cópia simples)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada  Sim  Não
- Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originals)
- Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- CPF da vítima (cópia simples)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada  Sim  Não
- Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada  Sim  Não
- Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- CPF da vítima (cópia simples)
- Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada:  Sim  Não

## DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CONJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
  - Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
  - Declaração de Cônjugue (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
  - Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
  - BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
    - Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
    - Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
    - Termo de Conciliação (original) assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
    - BENEFICIÁRIO DESCENDENTE ( FILHO(A) OU NETO(A))**
      - Declaração de Únicos Herdeiros (original)
      - BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
        - Declaração de Únicos Herdeiros (original)
        - BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
          - Declaração de Únicos Herdeiros (original)
          - Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
          - Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
          - Outros Documentos apresentados:

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Luan Geraldo Souza Do 16017251  
Quem é o portador?  Vítima  Beneficiário  Representante Legal - CPF do portador  
E-mail luan.souza.201218@gmail.com Telefone (84) 99137-7637  
Data 03/12/18 Assinatura Luan Geraldo Souza Data 03/12/18 Assinatura Luan Geraldo Souza

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC APÓDIA  
Atendente Fernando Geraldo de Souza Matrícula M 8.628.090-5  
Data: 03\12\18 Assinatura: fernando geraldo de souza

# PARECER DE DAMS



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180584474

**Data do acidente:** 18/08/2018

**Vítima:** LUAN GERDSON DO REGO LIMA

**Atendimento:** HOSPITAL

**Cidade:** Apodi

**UF:** RN

**Análise:** Primeira Análise

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data:** 20/12/2018 09:12:28

## DADOS DO PARECER

**Diagnóstico:** FRAT DO OMBRO E DO BRACO FRAT DA CLAVICULA -

**Internação:** Não

**Tratamento:** CONSERVADOR CLINICO

**Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Exames	4.08.03.04-0	RX - CLAVÍCULA	200,00	200,00
Exames	4.08.03.07-4	RX - ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL (OMBRO)	50,00	50,00
Farmácias			31,46	31,46
<b>Total da Análise Atual</b>			<b>281,46</b>	<b>281,46</b>

**Indicadores:** Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

**Observações:**

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: LUAN GERDSON DO REGO LIMA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	281,46	281,46	281,46
<b>Total da Análise Atual</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>281,46</b>	<b>281,46</b>	<b>281,46</b>

**TOTAL PLEITEADO:** 281,46      **TOTAL AVALIADO:** 281,46      **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 281,46

**INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA**

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448932/18

**Vítima:** LUAN GERDSON DO REGO LIMA

**CPF:** 702.579.584-44

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/08/2018

**Titular do CPF:** LUAN GERDSON DO REGO LIMA

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovantes de despesas médicas  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**LUAN GERDSON DO REGO LIMA : 702.579.584-44**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

### Documentação recebida sem conferência

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/12/2018  
Nome: LUAN GERDSON DO REGO LIMA  
CPF: 702.579.584-44

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2018  
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA  
CPF: 124.570.097-90

LUAN GERDSON DO REGO LIMA

DAIANE SANTOS BARBOZA