
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

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 ou

ligue SAC DPVAT 0800 022 12 04

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 GERDSON DO REGO LIMA
 PORTADOR/A DO RG No.: 003.380.488 EXPEDIDO POR ITEP EM 29/05/12 E
 CPF 702579584-44 / CNPJ □□□□□□□□ □□□□□□□□, PROFISSÃO ADJUNTO GERAL
 E RENDA MENSAL DE R\$ 954,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR
 REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LUAN GERDSON 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 AG-ENCIA, 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

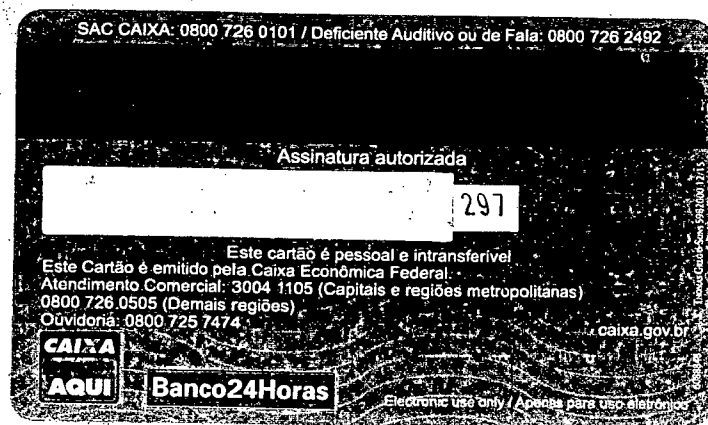
☒ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
 No. BANCO 104 No. AGÊNCIA 3483043 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
 No. CONTA-POUPANÇA 00008881-9

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 ApodiDATA 29/11/18ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A Luana Gerdson do Rego Lima

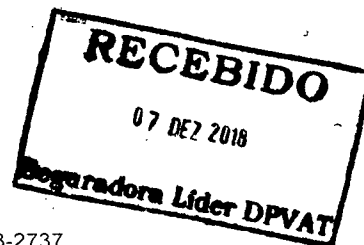




P.

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DEGEPO - 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/vítima: **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

PASSAGEIRO OU CONDUTOR? Condutor

CONDUTOR: **HABILITADO**

Boletim de ocorrência



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 vítima 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 vítima acima qualificada perdeu o 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 danificada em sua estrutura. E nada mais disse.

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

Luan Gerdson do Rego Lima
Comunicante vítima

Carla Cristina da Silva Lima
Testemunha

JADSON JAIRON FREITAS NOGUEIRA
Testemunha

Responsável pelo registro.



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: 000000008881-9

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>SÍTIO CABOCCO 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) 99137-7637</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 • CCNDA 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. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

LUCIA DE FATIMA DO REGO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI CABOCLO 7 E

CPF 904 685 624-00 NIS 16045125313
CLASSIFICAÇÃOZONA RURAL/AREA RURAL
APODI RN
59700-000B1 RESIDENCIAL
BAIXARENDA COMNIS
Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7008764144	09/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
04/10/2018	26/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
124,02	

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
012927516	UNICA	26/09/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/09/2018	3010792210	64231

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,21440926	6,43
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,36755874	25,72
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,55133811	88,18
Consumo Ativo superior a 220 kWh	4,0000000	0,61259790	2,45
Acréscimo Bandeira VERMELHA			10,91
ICMS-Parcela Subvencionada			8,18
Multa por atraso-NF 011530042 - 27/08/18			3,08
Juros por atraso-NF 011530042 - 27/08/18			0,70
Atualização IGP-M-NF 011530042 - 27/08/18			0,41

TOTAL DA FATURA

124,02

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	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		1,00000		224,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano, kWh
SET 18 224
AGO 18 272
JUL 18 238
JUN 18 207
MAI 18 224
ABR 18 195
MAR 18 210
FEV 18 216
JAN 18 215
DEZ 17 205
NOV 17 208
OUT 17 187
SET 17 183

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS 111,67	18,00	20,10
PIS 111,67	1,18	1,32
COFINS 111,67	5,48	6,11

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	42,18	37,78%
Transmissão	5,43	4,85%
Distribuição (Cosern)	25,70	23,01%
Perdas de Energia	6,91	6,19%
Encargos Setoriais	3,92	3,51%
Tributos	27,53	24,65%
Total	111,67	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh	0,18151450
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,27882000
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,41532300
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,46147000

RESERVADO AO FISCO

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pegue no ponto mais perto de você e souza de Oliveira, apodi, centro /super tem de tudo: apodi, bicentenario Ltda completa em www.cosern.com.br. O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito somente em espécie. Na data de leitura o bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. 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% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no pro. mto Desconto pela edição da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438 de 26/04/02 - R\$ 46,18. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de início para os padrões de atendimento comercial.

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.cosern.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONJUNTO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
APODI	0,52	10,44	20,88	41,76
DIC	1,00	7,59	15,18	30,39
DHIC	0,52	5,58	0,00	0,00

NÍVEIS DE TENSÃO

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

Tarifa de Distribuição = R\$ 75,61

TARIFAS POR SERVIÇO ESPECIAL - NÍVEL 1 - USUÁRIO COMUM



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 CIA 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

Código	Descrição	Qtde. Un.	Vi. Unit.	Vi. Total
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/ Luan Grishon

USO ORAL

① XEFO — OICK

Tomar 01 cp 40
12 / 12 horas 5 dias

2

18

08

18

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



Documentação médica - hospitalar



FICHA Nº

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

REGISTRO Nº 1244.332

1. DADOS DO PACIENTE:

Nome: LUAN GANDSON ALCO LIMA
Data de Nascimento: 16.04.1997 Idade: 21 Sexo: MASC
Estado Civil: SOLT Naturalidade: ARACATUBA
Profissão: SENALEIRO Cartão SUS nº: _____
Filiação: Pai e/ou Mãe: LUZIA TATIANA R LIMA
Endereço: ST CARLOS Nº _____
Bairro: _____ Cidade: ARACATUBA UF: _____
Data: 18.08.18 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: uf

c) HAS: () DM: ()

5. EXAME FÍSICO: Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: 103 P-M P.A.: 140 x 90

F.R.: _____ Glasgow: _____ SpO₂: _____ HGT: _____

6. ANAMNESE: Queda (no chão), vem com dor

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

8. PROCEDIMENTO MÉDICO:

() Ambulatório () Internamento () Outros.
Dr. Raimundo Soares
Dr. Raimundo Soares

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

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

Telefono 84 91267424 84 91267424

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

10 OBS:

Classificação: 18/08/2018 15:07:55	PESO:
------------------------------------	-------

PESO:	
-------	--

[illegible]

HOSPITAL REGIONAL FRANCISCO MARCO

ESTÁ CONFORME Q ORIGINAL

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 21a queda de moto, consciente, orientado, ar amb., trauma em ombro E. Apodi. DR. ROMERITO

Hora: :

SAME/ARQUIVO

Points for enumeration
 de APD1 or APD2 (if related
 APD2) . Vigil e acc. . Patient has
 Pale skin . LT 2nd . Very sleep

Diagn. Initial:

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

Aspirate negative.
Weg urin / versch / Aspirat /
der Weg hervorheben.
DIPLOMA 2ml + P. ASD ev. Aggr. 16.10.06
SF 49 x 1000
na 9m

*Saída: ☐ Decisão médica; ☐ Enc.outro Serviço; ☐ Evasão; ☐ Interna: **CID** **Proc.**

Data: / /18. Hr: : Ass. Médico:

ORTOPEDIA

PDCTrauma - Ilhe @, priores de
neuror.

Rx: Fratura completa clavícula

CD: TIPOIA

- medicação
- ALTA Otor
- Acop. Antibiot.

Dr. Paulo Romero da Escossia Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 14391
CRM/RN 5924

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ

28.11.2018
Sim

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

Luan Gerdson do Rego Lima

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 003.380.483 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/05/2012

NOME LUAN GERDSON DO REGO LIMA

FILIAÇÃO LUIS SOBRINHO DE LIMA LUCIA DE FATIMA DO REGO LIMA

NATURALIDADE APODI RN DATA DE NASCIMENTO 16/04/1997

DOC. ORIGEM CERT. DE NASCIMENTO L-A50 F-267.RG-22300 APODI RN-2 CARTORIO

CPF 702.579.584-44 1a. VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

ITÉP-RN

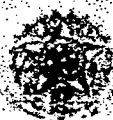
Documentos de Identificacao





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

VÁLIDO 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

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

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

digito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN RN 11051 01370959364
CERTIFICADO DE REGISTRO - LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00208536477 R.N. TRC 018

NOME
JOAN GERSO DO RIBEIRO

CPF/CNPJ 702.579.584-74 PLACA NNU8832

PLACA ANT. UF NNU8832/RN CHASSI 9C2F00510AR001981

ESPECIE TIPO 1250CC/150BROS. K15 S50 COMBUSTIVEL

MARCA/MODELO HONDA/MXR150BROS. K15 S50

CAP. POT./CIL. 149 14.9 CV/14.9 CILINDRADAS CATEGORIA PART. UNAR

COR. PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA R\$ 0.00 ENC. COTA UNICA 12/2018 1º FIC

FAIXA PVA 2 PARCELAMENTO/COTAS 2º 2.000 3º 2.000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0.00 IOF (R\$) 0.00 PREMIO TOTAL (R\$) 0.00 DATA DE PAGAMENTO 22/02/2018

OBSERVAÇÕES

REATOR: RD05E1AD01981

LOCAL 22/02/2018

EXPEDIENTE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

RN Nº 01370959364 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 22/02/2018

VIA 1 CPF/CNPJ 702.579.584-74 PLACA NNU8832

RENAVAM 00208536477 MARCA/MODELO HONDA/MXR150BROS. K15 S50

ANO/FAB 2009 CAT. TAR 5 Nº CHASSI 9C2F00510AR001981

PREMIO TARIFARIO

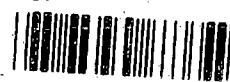
FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.249.608/0001-06

DUT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448932/18

Vítima: LUAN GERDSON DO REGO LIMA

CPF: 702.579.584-44

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 18/08/2018

Titular do CPF: LUAN GERDSON DO REGO
LIMA

CPF de: Próprio

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 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



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE () INVALIDEZ PERMANENTE (X) DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA LUAN GERSON DO REGO LIMA
DATA DO ACIDENTE 18/08/18 POSSUI CPF (X) SIM () NÃO Nº CPF 70257938444

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF 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 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/hospitais 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

- (X) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- (X) Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- (X) Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- (X) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- (X) CPF da vítima (cópia simples)
- (X) 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)
- (X) 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 CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Cônjuge (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)
- () Certidão de Casamento, com data atual (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 GERSON DO REGO LIMA
Quem é o portador? (X) Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador
E-mail luangerson@gmail.com Telefone (84) 99437-7637
Data 03/12/18 Assinatura luan gerson do rego lima

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC AFODI 22
Atendente Fenaisio Guedes de Freitas Junior Matrícula MT 8.628.090-5
Data: 03/12/18 Assinatura: [Assinatura]

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
Total da Análise Atual			281,46	281,46

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
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	281,46	281,46	281,46

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

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 18/08/2018

Titular do CPF: LUAN GERDSON DO REGO LIMA

CPF de: Próprio

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 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

LUAN GERDSON DO REGO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

DAIANE SANTOS BARBOZA