

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200227059

Vítima: AREILLEN RONNEY ROCHA REGES

Data do Acidente: 26/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AREILLEN RONNEY ROCHA REGES

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: AREILLEN RONNEY ROCHA REGES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 0000024186-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200227059 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AREILLEN RONNEY ROCHA REGES **Data do acidente:** 26/03/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA). ALTA.
P 1.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL DE OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações: P 1.

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 064.832.344-73 4 - Nome completo da vítima: Areillean Romney Rocha Reges

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Areillean Romney Rocha Reges 6 - CPF: 064.832.344-73
7 - Profissão: 8 - Endereço: R. Artur Bernardes 9 - Número: 263 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bom Jardim 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59618-710
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0560 CONTA: 24186 2
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 - Grau 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 (vai nascer)? ☐ 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 àqueles 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Gov^o do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada à verificação de sua autenticidade pela internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001007349

1.2 Data de Expedição: 28/03/2020 12:07:34

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 26/03/2020 17:00:00

2.3 Número: -

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: BOM JARDIM

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: CRUZAMENTO DA RUA RODRIGUES ALVES COM A RUA JUVENAL LAMARTINE

2.4 CEP: 59.600-000

2.6 Ponto de Referência: PRÓXIMO AO MERCADO DO VUCO VUCO

2.8 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: AREILLEN RONNEY ROCHA REGES

3.3 Etnia: PARDOS

3.5 Mãe: LUZIA ROCHA DE OLIVEIRA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 06483234473

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: PROFESSOR

3.15 Telefone(s): 84 996743268 / 84 998189065

3.17 Número: 3321

3.19 Bairro: SANTO ANTONIO

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: LUIZ GONZAGA REGES

3.6 Data de Nascimento: 28/04/1991

3.8 RG: 2623733 - SSP RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: RIACHO DA CRUZ

3.14 E-Mail: AREILLEN_RONNEY@HOTMAIL.COM

3.16 Logradouro: AVENIDA RIO BRANCO, CONDOMÍNIO ESPLANADA RIO

3.18 CEP: 59619400

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

NO DIA 26 DE MARÇO DE 2020, POR VOLTA DAS 17H, CONDUZIA MINHA MOTO BROZ, ANO DE FABRICAÇÃO 2015, COR BRANCA, PLACA QCG 6583, RENAVAN 01050869556; ENQUANTO TRAFEGAVA PELA RUA JUVENAL LAMARTINE, TENTEI FAZER A CURVA NO CRUZAMENTO COM A RUA RODRIGUES ALVES, PRÓXIMO AO MERCADO DO VUCO-VUCO, QUANDO FUI ATINGIDO NA PARTE TRASEIRA DA MINHA MOTO POR UM VEÍCULO HONDA CIVIC, QUE ME FEZ DESEQUILIBRAR E CAIR BRUSCAMENTE NO CHÃO. O OUTRO CONDUTOR, PAROU E PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS, DISPONIBILIZANDO-SE A AJUDAR NO QUE FOSSE PRECISO, UMA VEZ QUE FOI O CAUSADOR DO ACIDENTE. O SAMU CHEGOU, E FOI PRECISO QUE EU FOSSE RETIRADO DO LOCAL, EM VIRTUDE DA GRAVIDADE DO ACIDENTE E NÃO TER CONSEGUIDO ESPERAR A POLÍCIA DE TRÂNSITO CHEGAR, A FIM DE FAZER A PERÍCIA E O B.O. NO LOCAL. FUI REMOVIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA, E MEU VEÍCULO, FOI GENTILMENTE RETIRADO DA RUA PELOS VIZINHOS QUE PRESENCIARAM O OCORRIDO. NO HOSPITAL, RECEBI PRONTO ATENDIMENTO, ONDE PÔDE-SE CUIDAR DOS MEUS FERIMENTOS E COLOCAR MINHA CLAVÍCULA NO LOCAL. EM VIRTUDE DOS DANOS CAUSADOS, O MÉDICO DETERMINOU AFASTAMENTO DE 30 (TRINTA) DIAS DO MEU TRABALHO. TIVE TAMBÉM DANOS MATERIAIS NO MEU VEÍCULO, QUE FOI TRAZIDO PARA A MINHA CASA POSTERIORMENTE.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante: AREILLEN RONNEY ROCHA REGES

Data: 30/03/2020 09:12:28

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

Atendimento: 1681702 - KLEBER MOTA DA NOBREGA

Impresso por: WEB em 23/06/2020 11:10:25



FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

x Areillen Ronney Rocha Reges

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 064.832.344-73 4 - Nome completo da vítima: Areillean Romney Rocha Reges

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Areillean Romney Rocha Reges 6 - CPF: 064.832.344-73
7 - Profissão: 8 - Endereço: R. Artur Bernardes 9 - Número: 263 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bom Jardim 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59618-710
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0560 CONTA: 24186 2
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 - Grau 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 (vai nascer)? ☐ 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 àqueles 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 06/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AREILLEN RONNEY ROCHA REGES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000024186-2

Nr. da Autenticação 24B1E9672C481A40



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 Manoel, 150, Balda, Natal - RN CEP 59025-200
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TOPBIO S.J.M.S.B. OG 1111 1111

AV. J. DE A. 2.522 R. 214
RES. J. DE A. 2.522 R. 214
BL. C
SANTO ANTONIO CHARRALBERTA

CLASSIFICAÇÃO

CNPJ 12.290.945/01-1-35

BT RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

MUNICÍPIO

UF

CEP

DATA

VALOR

QUANTIDADE

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

CONSUMO (KWH)



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 6098 /2020

Admissão: 26/03/2020 17:19:55

OK

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 59370 - AREILLEN RONNEY ROCHA REGES (28 a 10 m 28 d)

Nascimento: 28/04/1991

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF: 06483234473

Prof:

Mãe: LUZIA ROCHA DE OLIVEIRA

Pai: LUIZ GONZAGA REGES

Logradouro: ARTUR BERNARDES, 263

CEP: 59618710

Bairro: BOM JARDIM

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.96687390

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: Vindo de SAMU

Classificação:

26/03/2020 17:17:59

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	120 80		97		18	109			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: vítima de colisão moto x carro. Queixa-se de dor na clavícula e região escapular esquerda, escoriações pelo corpo.

Dt e Hora: _____

LUZIA
de
2005
IN VENTURA

Assin:

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORARIO ASSINT.

① DIPIRONA 2g + 100ml EV

② TIOSTIL 40g EV

17:40

Sandre

17:40

11

Caro. Ariel da Lima
CRM/RN 7406
RQE - 2504
TEST - 15467

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: ____/____/20. Hr: ____:

Médico: _____

(Assinar e Carimbar)

*Gerado via SX por JUREIDE DE BRITO ALMEIDA. Impresso em 26 de Março de 2020.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORO 17/03/2020

Y. Leme
SANE / ARDINO

mat. 150.343-0



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

**PEDIDO
DE
EXAME**

NOME: REGIANE RIBEIRO P. R. L. MATRÍCULA: _____

IDADE

AMBULATÓRIO

ENFERMARIA

SEXO

SAU

LEITO

NATUREZA DO EXAME:

TC OMBROS AD

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Trauma

Diego Ariel de Lima
CRM-RN 7118
ROE - 2804
TEOT - 15487

DATA: ____/____/____

REQUISITANTE: _____

CRM: _____



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

AREILAN 2006-7 R.

REUJ

R

(1) Profum 500 —

21 10 50 50/2 1/2

(2) 1000 1000/2


Dilma Antunes
CRM-RN - 2000
RQE - 2000
RST - 15487



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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado AREILIAN RANNEY

ROGADO REGIS

foi examinado nesta Unidade às _____ horas, necessitando
de 32 (trinta e dois) dias de afastamento do trabalho, a partir
desta data.

Mossoró 25/03/2020

LOCALIDADE E DATA

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

NOTA: Este atestado é válido para as finalidade previstas no Art. 86
do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será
expedido para justificatividade de 1 a 15 dias de afastamento do
trabalho.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR: **AREILLEN RONNEY ROCHA REGES**

DATA DE NASCIMENTO: **28/04/1991** Nº INSCRIÇÃO: **0284 9132 1678** ZONA: **063** SEÇÃO: **0029**

MUNICÍPIO / UF: **RIACHO DA CRUZ/RN** DATA DE EMISSÃO: **20/04/2018**

JUIZ ELEITORAL: **DES. DILERMANO MOTA PEREIRA**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

AREILLEN RONNEY ROCHA REGES

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

RIO GRANDE DO NORTE

18 POLICIA FEDERATIVA DE BOMAS

POLEGAR DIREITO

POLEGAR DIREITO

VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL

INSCRIÇÃO: **2623733** 2ª VIA DATA DE EMISSÃO: **23/09/2009**

NOME: **AREILLEN RONNEY ROCHA REGES**

ALUNO: **LUIZ GONZAGA REGES**

ALUNO: **LUZIA ROCHA DE OLIVEIRA**

ALUNO: **RIACHO DA CRUZ RN** DATA DE NASCIMENTO: **28/04/1991**

CERT. NASC. NO. **880 L. 02 F. 91**

RIACHO DA CRUZ RN **00 CARTORIO**

064.832.344-73

CRISSEANE DESENE DO S. Dantas
Diretora-Geral

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

AREILLEN RONNEY ROCHA REGES

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

POLEGAR DIREITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1
CDD RENAVAM 01050869556
NOME AREILLEN RONNEY ROCHA REGES
Nº 014853155399
ANEXO 2019

PLACA 064.832.344-73
CHASSI QGC6583

064.832.344-73
PLACA 064.832.344-73
CHASSI QGC6583

QGC6583/RN 9C2KD0810FR449814

PASSAGIRO/MOTOCICLETA/NAO A
HONDA/NXR160 BROS ESDD
2015 2015

OCV/162 CILINDRADAS PARTICULAR
BRANCA
COR PREDOMINANTE

1º PAGO R\$ 0.00 11/04/2019
2º PAGO R\$ 34.52
3º PAGO R\$ 34.52

TAXAS DETRAN: PAGO *** DEVAT: PAGO

ALLEN. FID. EM FAVOR DE: 45.441.789/0001-54
ADMINISTRADORA DE CONSORCIO NACIONAL HONDA LTDA
MOTOR: KD08EIFA-14



MOTOR/RN
DETRAN-RN
21/02/2020

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 014853155399 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 1104

1 064.832.344-73 21/02/2020
QGC6583

01050869556 HONDA/NXR160 BROS ESDD
2015 9 9C2KD0810FR449814

PRÊMIO TARIFÁRIO

DETRAN-RN
COTA ÚNICA
COTA ÚNICA

SEURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.340.042/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175659/20

Vítima: AREILLEN RONNEY ROCHA REGES

CPF: 064.832.344-73

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/03/2020

Titular do CPF: AREILLEN RONNEY
ROCHA REGES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

AREILLEN RONNEY ROCHA REGES : 064.832.344-73

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: 25/06/2020
Nome: AREILLEN RONNEY ROCHA REGES
CPF: 064.832.344-73

AREILLEN RONNEY ROCHA REGES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2020
Nome: BRENO SANTANA DE ANDRADE
CPF: 106.762.784-77

BRENO SANTANA DE ANDRADE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175659/20

Vítima: AREILLEN RONNEY ROCHA REGES

CPF: 064.832.344-73

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/03/2020

Titular do CPF: AREILLEN RONNEY
ROCHA REGES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

AREILLEN RONNEY ROCHA REGES : 064.832.344-73

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: 25/06/2020
Nome: AREILLEN RONNEY ROCHA REGES
CPF: 064.832.344-73

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2020
Nome: BRENO SANTANA DE ANDRADE
CPF: 106.762.784-77

AREILLEN RONNEY ROCHA REGES

BRENO SANTANA DE ANDRADE

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200227059

Vítima: AREILLEN RONNEY ROCHA REGES

Data do Acidente: 26/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AREILLEN RONNEY ROCHA REGES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você