



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, 20 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190149180**

**Vítima: EVERTON JADSON DE LIMA**

**Data do Acidente: 07/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), EVERTON JADSON DE LIMA**

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





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, 21 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190149180**

**Vítima: EVERTON JADSON DE LIMA**

**Data do Acidente: 07/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), EVERTON JADSON DE LIMA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	017.091.924-41	Everton Fadon de Lima		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:			CPF:	017.691.924-41
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	376 -
vendedor	CE 1 novo Horizonte			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	59173-000
novo Horizonte	Gianinha	RN	Tel.(DDD):	(84) 99158-2627
E-mail:				

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). 99654-1373

### RENDIMENTO MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 1101

CONTA: 10016 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

### 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 (assinalar 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.

Pelo motivo assinalado, 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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 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.

Local e Data, 19/02/2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\* ) Assinatura de quem assina A ROGO

X Everton Fadon de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura



(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE GOIANINHA  
Endereço: RUA PROF. JOÃO TIBUCIO, 141, CENTRO, GOIANINHA

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2018087001700 1.2 Data de Expedição: 10/12/2018 15:30:38  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligou CIOSP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 07/11/2018 01:10:00 2.2 Autoria: Desconhecida  
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não  
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo  
2.6 Tipo do local: Via Pública  
2.8 Número: 00  
2.10 Complemento: EM FRENTE A LOJA UNILAR  
2.12 Bairro: CENTRO  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
2.7 Logradouro: MARGINAL A BR 101  
2.9 CEP:  
2.11 Ponto de Referência:  
2.13 Cidade: GOIANINHA

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: EVERTON JADSON DE LIMA 3.2 Estado civil: Divorciado(a)  
3.3 Nome Social: 3.4 Pai: EDIVALDO FRANCISCO DE LIMA  
3.5 Etnia: Sem Informação 3.6 Mãe: IRANEIDE FERREIRA DOS SANTOS  
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual:  
3.9 CPF: 01769192441 3.10 Identidade de Gênero:  
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 15/06/1992  
3.13 Profissão: ASSISTENTE DE ATENDIMENTO 3.14 RG: 2964526 - ITEP/RN  
3.15 Telefone(s): 84 991582627 3.16 Passaporte:  
3.17 Número: 376 3.18 Naturalidade: NATAL - RN  
3.19 Bairro: NOVO HORIZONTE 2 3.20 E-Mail:  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: RUA VEREADOR CICERO CARLOS DE LIMA  
3.23 Cidade: GOIANINHA 3.24 CEP:

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

**5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)**

5.1.1 Nome Completo: NÃO INFORMADO 5.1.2 Alcunha:  
5.1.3 Nome Social: 5.1.4 Pai:  
5.1.5 Estado civil: 5.1.6 Mãe:  
5.1.7 Etnia: 5.1.8 Identidade de Gênero:  
5.1.9 Data de Nascimento: 5.1.10 Orientação Sexual:  
5.1.11 RG: Não informado 5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO  
5.1.13 Profissão: 5.1.14 CPF:  
5.1.15 Passaporte: 5.1.16 Nacionalidade:  
5.1.17 Características:  
5.1.18 Logradouro:  
5.1.19 Número: 5.1.20 CEP:  
5.1.21 Bairro: 5.1.22 Cidade:  
5.1.23 Estado:

ARUANA SEGUROADORA

19 FEV 2019

**6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)**

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:  
7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*01821 7.1.4 Renavam:  
7.1.5 Placa: QGM9921 7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: CG 160 FAN ESDI  
7.1.9 Ano do Modelo: 2017 7.1.10 Ano de Fabricação: 2016  
7.1.11 Cor do veículo: PRETA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
7.1.13 Nota Fiscal:  
7.1.15 Nome do proprietário: EVERTON JADSON DE LIMA 7.1.14 Número do Motor:  
7.1.17 Nome do condutor:  
7.1.18 Observações: 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

INFORMA QUE CONDUZIA A MOTO CITADA SENTIDO CENTRO DE GOIANINHA/RN POSTO UNIÃO QUANDO UM VEÍCULO, NÃO SABENDO INFORMAR MARCA E MODELO, VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO E ESTE VEÍCULO EM SUA DIREÇÃO COLIDIU LATERALMENTE NA MOTO, QUE FOI SOCORRIDO PELA SAMU LOCAL E LEVADO PARA O HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, EM NATAL/RN, QUE DO ACIDENTE RESULTOU FRATURA NO BRAÇO DIREITO, FRATURA NO QUARTO DEDO DO PÉ DIREITO E ESCORIAÇÕES PELO CORPO.

**9.2 Informações do CIOSP**

**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)**

**11. DECLARAÇÃO**

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

Data: 10/12/2018 15:30:38

*J. Oliveira*  
Policia

Evertton Jackson de Lima  
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1686615 - Helmiton Fabiano Barbosa de Oliveira

Impresso por: 1686615 - Helmiton Fabiano Barbosa de Oliveira em 10/12/2018 15:30:45

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA

J2018087001700

↓  
matricula do  
agente

ARUANA SEGURADORA  
19 FEV 2018



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	017.091.924-51	Everton Fadon de Lima		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:			CPF:	017.691.924-51
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	376 -
vendedor	CE 1 novo Horizonte			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	59173-000
novo Horizonte	Gianinha	RN	Tel.(DDD):	(84) 99158-2627
E-mail:				

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). 99654-1373

## RENDIMENTO MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 1101

CONTA: 10016 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

## 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 (assinalar 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.

Pelo motivo assinalado, 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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 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.

Local e Data, 19/02/2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\* ) Assinatura de quem assina A ROGO

X Everton Fadon de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura



(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**  
SAMU 192 RN



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que foi encontrado a ocorrência Nº 101966/1 referente ao paciente **EVERTON JADSON DE LIMA** 26 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 07/11/2018 em Goianinha/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 29 de novembro de 2018

*P/Wagner Fernandes da Silveira*

ARUANA SEGURADORA  
19 FEV 2019

Ubiratan Wagner de Sousa  
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN  
MAT.210991-3

## FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 101966/1

Data: 07/11/2018

## CHAMADO

TARM: ARTHUR DE OLIVEIRA SOARES

Médico Regulação: REGINA COELI DE FREITAS

Rádio Operador: HONDINELLY FREITAS DE ARAÚJO

Médico Cena: JOSE ALEXANDRE SOUZA SILVA

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 37 (GOIANINHA)

Equipe VTR: JETRO BEZERRA DE MEDEIROS - CONDUTOR DE VEÍCULO DE  
EMERGÊNCIA  
BERTONY BRUNO SOUZA HONORIO - TECNICO DE ENFERMAGEM

* REGULAÇÃO MEDICA	TROTE	INFORMAÇÃO	ENGANO	QUEDA DA LIGAÇÃO	CONTATO COM EQUIPE SAMU	TRANSF./INTERNAÇÃO
-----------------------	-------	------------	--------	---------------------	----------------------------	--------------------

Cidade: GOIANINHA

Nome do Solicitante: CARLOS

Telefone: (84) 99430-3145

Nome do Paciente:

EWERTON JADSON DE LIMA

Idade: \*

26 ANO(S) ▼

Sexo: \*

MASCULINO ▼

 Endereço não informado Coordenadas Informadas

Latitude: -6.2665826 Longitude: -35.2100579

Endereço: BR 101

Nº:

Bairro: Outro Bairro: MARGINAL DA BR

Referência/Complemento: EM FRENTE A UNILAR // PX AO POSTO DE COMBUSTIVEL

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: DR ARTUR

Queixa Primária: COLISÃO CARRO X MOTO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

07/11/2018 01:15:25 - Dr(a). REGINA COELI DE FREITAS

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISAO CARRO X MOTO, 01 VOTO, ESTA CONSCIENTE

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: AMARELO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apóio:

## OBSERVAÇÕES

Data: 07/11/2018 01:16:25 Usuário: (RÁDIO OPERADOR) WIONADJA SAONARA DE MELO OLIVEIRA

Observação: Controle de frota: GOIANINHA - USB 37 NO QTI DA OCORRÊNCIA.

Data: 07/11/2018 01:45:00 Usuário: (TARM) ARTHUR DE OLIVEIRA SOARES

Observação: DR ARTHUR CIENTE DA CHEGADA DO PCT NO POLITRAUMA DO CLOVIS.

Data: 07/11/2018 02:45:55 Usuário: (RÁDIO OPERADOR) HONDINELLY FREITAS DE ARAÚJO

Observação: Controle de frota: DR ARTUR

ARUANA SERVIÇOS  
19 FEV 2018

## HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:

07/11/2018

01:13:38

Saída Local:

07/11/2018

01:46:00

Regulação Médica:

07/11/2018

01:15:25

Chegada Destino:

07/11/2018

02:19:00

Solicitação VTR:

07/11/2018

01:15:35

Liberação Destino:

07/11/2018

02:45:33

Saída VTR:

07/11/2018

01:16:12

Liberação VTR:

07/11/2018

02:45:35

Chegada Local:

07/11/2018

01:26:00

Observação do Apoio:

CONDUTA

Remoção

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGE ▼

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.:

: \_\_\_\_\_



Vaga Negada

Motivo da entrada:



Ass:

Vaga Zero

PERTENÇES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

/ / : :

ACIDENTE DE TRABALHO?

Sim  Não

VIOLÊNCIA A VULNERÁVEIS?

Sim  Não



Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Mamonas, 180, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-200  
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 32055189-0 | [www.copel.com.br](http://www.copel.com.br)

#### DADOS DO CLIENTE

IVANALDO JUVENICO ORMARA  
=> CADASTRO DESATUALIZADO <=>

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSTITUIDORA

CJ NOVO HORIZONTE 376

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Mobiliário

CONTA CONTRATO	MÊS VENDA
0586215019	09/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÃO PRÓXIMA LIQUIDAÇÃO
11/09/2018	04/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	99,59

DESENCADENADA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	127.0000000	0,63027180	81,0
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,4
Contribuição Iluminação Pública			10,1

TOTAL DA FATURA

36 53

## **DEMONSTRATIVO DE CONVIRTO DESTA HISTÓRIA**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (WH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
E798246	CWT	12/08/2016	22.800,00	03/09/2016	22.950,00	32	1.111,00		721,00

INFORMACIÓN IMPORTANTE

**Av. das Américas, 1000 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20040-001 - Fone/Fax: (21) 505-1000 - Telefax: (21) 505-1001**

2024-02-26 10:00:00 UTC | 10.0.0.1 | 10.0.0.2 | 10.0.0.3 | 10.0.0.4

CONSUMO GUANHÃA	VALOR APURADO JUN/2018	DESPESA MENSAL	DESPESA TRIMESTRAL	DESPESA ANUAL
SHC	4,00	8,91	27,82	83,44
FIC	3,00	2,38	7,14	24,44

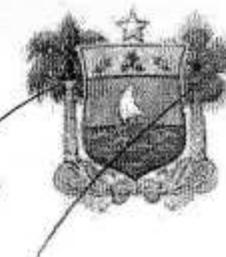
第11章 整合与优化

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



COM REGISTRO DE SAÍDA  
07/11/18  
M X

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 57890 /2018  
Admissão: 07/11/2018 02:26:20



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 100391 - EVERTON JADSON DE LIMA (26 a 4 m 22 d)

Nascimento: 15/06/1992 Natural: NATAL BRASIL

CNS: 160312518500003 CPF: 01769192441

Mãe: IRANEIDE FERREIRA DOS SANTOS Pai:

Logradouro: MARCOS GRECO, 158

CEP: 59173000 Bairro: NOVA BATALHA

Telefone: 84 992079813

Sexo: M Cor: PARDAL  
Prof:

Cidade: GOIANINHA

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 07/11/2018 02:21:52

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	130/80		100%		18	92		ARUANA SFGTIRADORA	
									19 FEV 2018

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO/FRATURA EM DEDO DO PÉ D

Hora: \_\_\_\_

Paciente vítima de queda de moto há 01h. Perdeu perda de consciência. Nuge vomito. Nuge dor torácica e abdominal. Perdeu dor nos escorpiões.

RAIOS-X  
Realizado em: 1 Hora!  
Técnico:

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vios sérios péríodos cruciais instável
- B Respiratórios ou ambiente,
- C Bom peristole
- D Glasgow 15
- E Lesão em 4º dgn com exponção tórica

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome: pleno, plástico e indolor com dor no epigástrico, bexiga e recto. Tensão abdominal normal. Pressão arterial 130/80 mmHg. Freqüência cardíaca 92 bpm. Saturação de oxigênio 100%. Temperatura 36,8°C. Glasgow 15. Expondo tórica.

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Queda de moto

\*Gerado via SX por FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO. Impresso em 07 de Novembro de 2018.

Bússola Hospitalar de Epidemiologia

08/11/18

## EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS) NenhumM(MEDICAÇÃO EM USO) NenhumP(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) Nenhum

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V(PASSADO VACINAL) Histórico de vacinação (sic.)

## EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

RX de pélvica (AP e oblíqua)TC do crânio.

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

## OUTROS

## CONDUTA PRIMARIA@MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

Arthur Sd  
CRM 8771  
Clínica Geral

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Voltaren 75mg - Olámp, 2M, agora 05/10Original  
2018-08-08  
08:00  
08/08/2018  
08/08/2018

## ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

## ESPECIALISTA 1

NCR

HORA:

DATA:

## ESPECIALISTA 2

Oftopediatra

HORA:

DATA:

## ESPECIALISTA 3

Arthur Sd  
CRM 8771  
Clínica Geral

HORA:

DATA:

## DESTINO DO PACIENTE:

## INTERNAÇÃO NA CLINICA:

DATA / /

HORA

SAIDA: () DECISÃO MEDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE Á FAMILIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP

ALGORITMO PI SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALE A MOUTH-TO-MOUTH (DISPOSITIVO INVENTADO) 2 - VENTILAÇÕES DE RESEATE (DISPOSITIVO INVENTADO) 3 - RITMO CHOCANTE (APLIQUE 1 CHOQUE EM 1 MINUTO) 4 - AVALE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 5 - SE APNEIA, APLIQUE 1 RITMO CHOCANTE (APLIQUE 1 CHOQUE EM 1 MINUTO) 6 - DEA DISPONÍVEL: ANALISE O RITMO 7 - DEA APNEIA, APLIQUE 1 RITMO CHOCANTE (APLIQUE 1 CHOQUE EM 1 MINUTO) 8 - DEA A VITIMA SE MUDA, OU CASO A VITIMA NÃO SE MUDA, 13 - COLOQUE A DEA 9 - RITMO AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VITIMA NÃO SE MUDA, 13 - COLOQUE A DEA 10 - RITMO NÃO CHOCANTE, REINICE RITMO 11 - AVALE O RITMO A CADA 5 CYCLOS 12 - PARE RCP QUANDO A EQUPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR 13 - COLOQUE A DEA 14 - RITMO NÃO CHOCANTE, REINICE RITMO 15 - PARE RCP QUANDO A EQUPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR

## ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	3
Olhos se abrem ao estímulo verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa intencional, se assim for necessário 4, se não 2)	2
Olhos se abrem por estímulo doloroso	1
Olhos não se abrem.	0
Melhor resposta verbal (MRV)	5
Orientado: Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, e assim, e por que, e data e etc.)	5
Confuso: Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Paciente incomunicativo (Fala malarticulado, mas não tem desorientação e confusão)	3
Sente intelectiva. (Responde com reflexos patônicos)	2
Anestesiado.	1
Melhor resposta motora (MMR)	6
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	5
Loculosa extrema (escreve)	4
Retrograda (desconhece o dia)	3
Padrão flexor à dor (Dorsocapilar).	2
Padrão extensor à dor (Dorsocapilar).	1
Não responde motora.	0

“ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS”	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
13 - 150	= 4
8 - 120	= 3
5 - 80	= 2
4 - 50	= 1
3 - 20	= 0
10 - 200	= 4
>200	= 3
8 - 90	= 2
1 - 50	= 1
00	= 0
> 200	= 4
70-200	= 3
50-50	= 2
1-40	= 1
00	= 0

“Escala de Trauma Revisada (RTS): Sua indicação é reservada para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion VL, Sacco WJ, Copes, et al. A revision of the Trauma score. J. Trauma 29(5): 824, 1990.”

## CLASSIFICAÇÃO DO TGO (ATLB 2009)

05 - 05-grave (inexistência de lesões imediatas);  
06 - 5-moderado;  
14-15-leve;

\*Bem-estar: TEARDALE G, JINNET P. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;ii:81-84.

\*\*A escala proposta aplica-se a feridos conscientes e que sobrevivem com lesões superiores a 7 meses. No Estado Quotidiano de acordo com os critérios classificatórios da ICD-10, deve ser considerado que classificações intensidades da dor de acordo com as seguintes adjetivas:

BEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior
0	1	2	3	4

ANAI NESE

Ambul. Metacôndilo  
Dor e inchaço no O.

EXAME FÍSICO

E curvado, limitado em 40°

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*

Fr. do CO Al/11/90  
Fr. no CO Lateral/11/90

LABORATÓRIO

Exame da urina e

do ITP do

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Dr. Judson V. Azevedo  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMERN 6892  
TEOT 14819

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Ribeirão Preto do CO

redução de dor + ester

Abd. Unid. +

Talo clavicular e luxo CO

Dr. Judson V. Azevedo

Ortopedia e Traumatologia

CREMERN 6892

TEOT 14819

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica À Revelia 

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P. 

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica À Revelia 

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado de Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

ATESTADO  
MÉDICO

ATESTADO

Atestado para os devidos fins, que o(a) segurado(a)

Evaristo

Judson de Lima

oi examinado(a) nesta Unidade de Saúde às 09:00 horas, e necessita  
afastar-se de suas atividades profissionais / estudantis, durante um período  
de 08 ( 01/0 ) dia(s), por motivo de doença  
a partir desta data.

Autorização do paciente para  
divulgação do CID.

CID, 10 nº

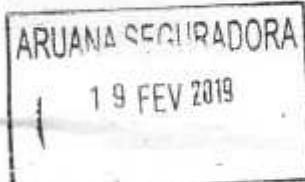
5925

Natal 07/11/18

Local e data

Dr Judson V. Azevedo  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMERN 6892  
TEOT 14819

Assinatura e carimbo do profissional



ão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de as externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários



H  
R  
P  
D  
G  
O  
S

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Reg. Professor Dr. Getúlio  
de Oliveira Sales Canguaretama/RN

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado envelher  
José S. da Silva  
foi examinado nesta unidade ás \_\_\_\_\_ horas, necessitando de  
60 (sessenta) dias de  
afastamento do trabalho, a partir desta data. C 1 D 1 = 3 623

05/12/11 V

LOCALIDADE E DATA

D. Nilvan da Silva Linhares  
CRM RN 6382  
ORTOPEDISTA

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

ARUANA SEGUROADORA
19 FEB 2019

**NOTA:** Este Afastamento é valido para as finalidades previstas no art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14 / 03 / 67 e será expedido para justificativa de 1 á 15 dia de afastamento do trabalho.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

ATESTADO  
MÉDICO

ATESTADO

Atestado para os devidos fins, que o(a) segurado(a)

Evaristo

Judson de Lima

oi examinado(a) nesta Unidade de Saúde às 09:00 horas, e necessita  
afastar-se de suas atividades profissionais / estudantis, durante um período  
de 08 ( 0/0 ) dia(s), por motivo de doença  
a partir desta data.

Autorização do paciente para  
divulgação do CID.

CID. 10 nº

5925

Natal 07/01/18  
Local e data

Dr Judson V. Azevedo  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMERN 6892  
TEOT 14819

Assinatura e carimbo do profissional

ão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de  
as extemas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos  
valores éticos e humanitários.

ARUANA SEGUROADORA

19 FEV 2019

D



Id. Paciente: 57890

Data Exame: 07/11/2018 04:43:04

Técnico: THIAGO GAUCHO

Paciente: EVERTON JADSON DE LIMA

Idade: 26 ano(s)

PÉ AP

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

78,9 %



Id. Paciente: 57890

Data Exame: 07/11/2018 04:11:19

Técnico: THIAGO GAUCHO

Paciente: EVERTON JADSON DE LIMA

Idade: 26 ano(s)

MAO PA

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

78,9 %

D

Id. Paciente: 57890 Data Exame: 07/11/2018 04:43:53  
Paciente: EVERTON JADSON DE LIMA Técnico: THIAGO GAUCHO  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL Idade: 26 ano(s)  
PÉ LAT  
78,9 %



Id. Paciente: 57890

Data Exame: 07/11/2018 04:12:07

Técnico: THIAGO GAUCHO

Paciente: EVERTON JADSON DE LIMA

Idade: 26 ano(s)

MAO OBL

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

78,9 %

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

002.964.526

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

21/10/2013

NOME

EVERTON JABON DE LIMA

QUALIFICAÇÃO

EDIVALDO FRANCISCO DE LIMA  
IRMETE FERREIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE

RJ - RIO

POO. ORIGEM

PART. DE CAS-BIV 1-B13  
CELESTINA RR-2 CARTÓRIO

F-233 RG-4402

DATA DE NASCIMENTO

15/06/1992

CNPJ

017.691.924-41

2a. VLR

ASSINATURA AUTÔNOMA  
Odair de Souza 9040 02-20003  
Diretor Gerente ITF...

ARUANA SEGURADORA

19 FEV 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECHETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLCIAR DIREITO



Everton Jabon de Lima

ALLEGATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **017.691.924-41**

Nome: **EVERTON JADSON DE LIMA**

Data de Nascimento: **15/06/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **15/05/2010**

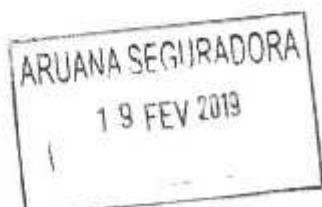
Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:18:14** do dia **19/02/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **5A13.B213.598A.C318**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



A SEGURADORA

19 FEV 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 013085685218

VIA	COO RENAVAM	PNTRC	EXERCÍCIO
2	011090122745	*****	2018
EVERTON JADEGH DE LIMA			
PLACA QGM9921			
017.691.92-5			
PLACA ANTIGA 9GM9921			
Nº CHASSI 902KC22D0H001821			
COMBUSTÍVEL ALCOOL/GÁSOL			
PASSAGEIRO ANTES DE HABITACAO			
MARCA/MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI			
ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2017			
CAP/POT/CIL. 162 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA			
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 35/03/2018 1º PAGO			
FAIXA IPVA 2016 PARCELAMENTO/COTAS 002892 3X R\$ 32,32 2º PAGO			
PRÉMIO TARIFÁRIO DATA DE PAGAMENTO 3º PAGO			
PREMIO TARIFFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$)			
*** TAXAS DETRAN PAGO DPVAT PAGO			
GOSTARIA DE RECEBER AS NOTIFICAÇÕES POR E-MAIL?			
MOTOR: KZ22E0H00185218 DE PORTE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
DATA 23/05/2018			
GOSTARIA DE RECEBER AS NOTIFICAÇÕES POR E-MAIL?			

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 08.348.808/0001-04

013085685218 BILHETE DE SEGURO DPVAT

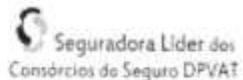
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

001370992-5

VIA	CPF/CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2	017.691.92-5	2018	23/05/2018
PLACA QGM9921			
RENAVAM 011090122745 MARCA / MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI			
ANO FAB.	017.691.92-5	Nº CHASSI 902KC22D0H001821	01/05/2016
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADOR (R\$)	
PAGAMENTO			
GOTA ÚNICA	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO	

ARUANA SEGURADORA  
19 FEV 2019

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0060760/19

**Vítima:** EVERTON JADSON DE LIMA

CPF: 017.691.924-41

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 07/11/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EVERTON JADSON DE LIMA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**EVERTON JADSON DE LIMA : 017.691.924-41**

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.

- 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.

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: 19/02/2019  
Nome: EVERTON JADSON DE LIMA  
CPF: 017.691.924-41

EVERTON JADSON DE LIMA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2019  
Nome: PRISCILA FLORENCIO DA SILVA  
CPF: 017.192.214-05

PRISCILA FLORENCIO DA SILVA

ARUANA SEGURADORA  
19 FEV 2019

Dados do Veículo de placa qgm9921							Em 19/02/2019 09:20:41
Placa qgm9921	Renavam 1109012745	Placa Anterior qgm9921/RN	Tipo 4-MOTOCICLETA	Categoria 1-Particular	Espécie 1-Passageiro	Lugares 2	
Marca/Modelo 002892-HONDA/CG 160 FAN ESDI (Nacional)		Fabricação/Modelo 2016/2017	Potência 0	Combustível 16-Alcool-Gasol	Cor 11-PRETA	Carroceria 999-NAO APLICAVEL	Recadastrado DETRAN
Nome do Proprietário EVERTON JADSON DE LIMA					DetranNet	Situação Lacre	
Proprietário Anterior MATIAS CANDIDO MARINHO						REGULAR Portaria 272/2007 DENATRAN	
Município de Emplacamento GOIANINHA	Licenciado até 2018 em 23/05/2018 através do Registro de Veículo (CRV)(Via 1)				Adquirido em 21/05/2018	Situação Em Circulação	
Restrição à Venda Sem gravame						Carnê de Licenciamento 2019	Ainda não gerado

Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame

Nenhuma informação pendente até esta data.

#### Impedimentos

Nenhum impedimento registrado até esta data

#### ▼ Listagem de Débitos

Classe (Clique abaixo para a emissão da GUIA)	Número da Guia	Vencimento	Valor Nominal(R\$)	Valor Atual(R\$)
Licenciamento Anual 2019	3111234.9.106820644	20/02/2019	90,00	90,00
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2019	9.00106820645	12/03/2019	84,58	84,58
IPVA (Cota Unica) 2019	3085640.9.106820646	12/03/2019	149,40*	149,40*
IPVA (1a. Cota) 2019	3085640.9.106820647	12/03/2019	31,45	31,45
IPVA (2a. Cota) 2019	3085640.9.106820648	12/04/2019	31,45	31,45
IPVA (3a. Cota) 2019	3085640.9.106820649	10/05/2019	31,45	31,45
IPVA (4a. Cota) 2019	3085640.9.106820650	12/06/2019	31,45	31,45
IPVA (5a. Cota) 2019	3085640.9.106820651	12/07/2019	31,46	31,46
Postagem CRLV c/ AR (CORREIOS) 2019	3111234.9.110120285	20/02/2019	7,00	7,00
TAXA BOMBEIROS - MOTO 2019	3147908.9.110120286	20/02/2019	15,00	15,00
* Não contabilizado no total			Total dos Débitos	R\$ 353,84
Taxas Detran <b>112,00</b>	Seguro DPVAT <b>84,58</b>	IPVA <b>157,26</b>	Multas <b>0,00</b>	R\$ 353,84

#### ▼ Infrações em Autuação

Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.

#### ▼ Listagem de Multas

Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.

#### ▼ Último Processo

Processo <b>50000675/2018</b>	Interessado <b>01769192441</b>	Início em <b>22/05/2018 às 08h57min</b>
Situação <b>Encerrado</b>		Final em <b>23/05/2018 às 13h24min</b>
Serviço		Execução em
Mudança Município da Placa		Em 22/05/2018 às 08h57min por 03682334483
Transferência de Propriedade		Em 22/05/2018 às 08h57min por 03682334483
Geração de guia de pagamento		Em 22/05/2018 às 08h57min por 03682334483
Auditória		Em 23/05/2018 às 13h24min por 22256407420
Emissão CRV(1ª via)		Em 23/05/2018 às 13h32min por 87638878434

#### ▼ Recurso de Infração

Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.

#### ► Histórico de Impedimentos

Nenhum impedimento cadastrado para este veículo.

**Não Possui valor como  
NADA CONSTA !**

[Voltar](#)

ARUANA SEGUROADORA

19 FEV 2019



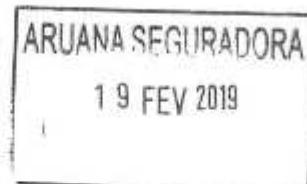
**DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO  
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT**

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2018 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

**BILHETE PAGO EM: 21/05/2018**

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	RN/QGM-9921
CHASSI N°:	9C2KC2200HR001821
RENAVAM:	01109012745
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 185,50 (CENTO E OITENTA E CINCO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019



Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento, das 8h às 20h: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões).

Respeitando com o meio ambiente, a Seguradora Líder DPVAT utiliza papel reciclado e ajuda a preservar o futuro.

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0060760/19

**Vítima:** EVERTON JADSON DE LIMA

**CPF:** 017.691.924-41

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/11/2018

**Titular do CPF:** EVERTON JADSON DE LIMA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**EVERTON JADSON DE LIMA : 017.691.924-41**

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.
- 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.

**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: 19/02/2019  
Nome: EVERTON JADSON DE LIMA  
CPF: 017.691.924-41

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2019  
Nome: PRISCILA FLORENCIO DA SILVA  
CPF: 017.192.214-05

EVERTON JADSON DE LIMA

PRISCILA FLORENCIO DA SILVA