



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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. 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

Pag. 00557/00558 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13984067

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:
	017.691.924-41	Everton Jádson de Lima
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Everton Jádson de Lima		017.691.924-41
Profissão:	Endereço:	Número: Complemento:
recusou	CS novo Horizonte	376 -
Bairro:	Cidade:	Estado:
novo Horizonte	Guaninópolis	RN
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	59173-000	(84) 99158-2627

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

RENTA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 1101	CONTA: 10016	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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:	Mateus/RN, 19/02/2019
Nome:	
CPF:	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	
x Everton Jádson de Lima	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	

TESTEMUNHAS

1ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	
2ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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 TIBÚCIO, 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

2.7 Logradouro: MARGINAL A BR 101

2.8 Número: 00

2.9 CEP:

2.10 Complemento: EM FRENTE A LOJA UNILAR

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: CENTRO

2.13 Cidade: GOIANINHA

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

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 Alcuha:

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:

5.1.20 CEP:

5.1.19 Número:

5.1.22 Cidade:

5.1.21 Bairro:

5.1.23 Estado:

ARUANA SEGUIRADORA
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:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: EVERTON JADSON DE LIMA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

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 COLIDINDO 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 NÃO 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

[Handwritten signature]
Policial

Everton Jackson de Lima
Interessado



Polegar direito



assinatura

nome do agente

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



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:
	017.691.924-41	Everton Jádson de Lima
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Everton Jádson de Lima		017.691.924-41
Profissão:	Endereço:	Número: Complemento:
recusou	CS novo Horizonte	376 -
Bairro:	Cidade:	Estado:
novo Horizonte	Guaninópolis	RN
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	59173-000	(84) 99158-2627

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

RENTA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 1101	CONTA: 10016	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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:	Mateus/RN, 19/02/2019
Nome:	
CPF:	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	
x Everton Jádson de Lima	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	

TESTEMUNHAS

1ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	
2ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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

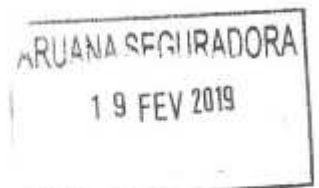


DECLARAÇÃO

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

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



SAMU 192 RN

END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5316

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: HONDINELY 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
MÉDICA☐ 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

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 07/11/2018 01:16:25 Usuário: (RADIO 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: (RADIO OPERADOR) HONDINELY FREITAS DE ARAÚJO

Observação: Controle de frota: DR ARTUR

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
01:26:00ARJANA SECURADORA
19 FEV 2019

Observação do Apoio:

CONDUTA

☒ Remoção

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGE ▾

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE -- ▾

H. ligação ao serv. prop.:

:_: 〰

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada

☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

▾

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor: *

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

//_:

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

Sim * Não

VIOLÊNCIA A VULNERÁVEIS?

Sim * Não



Comunidade Etnográfica do Rio Grande do Norte

Rua Manoel, 160, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-200
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055189-0 | www.cocem.com.br

DADOS DO CLIENTE

IVANALDO JUVENCIO CARMONA
=> CADASTRO DESATUALIZADO <=

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA.

CUNDO HORIZONTE 376

NOVO HORIZONTE/NOVO HORIZONTE
GOIANINHA RN
58173-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
011886610	UNICA	03/09/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
03/09/2018	3000287462	240511

CONTA CONTRATO	MES/ANO
0586215019	09/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESTITA PROGRAMA LITURGIA
11/09/2018	04/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	99 59

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	127,000000	0,83827183	91,06
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,42
Contribuição Iluminação Pública			10,11

ARUANA SEGUROPORA
19 FEB 2015

ARUANA SEGUROPORA
19 FEB 2019

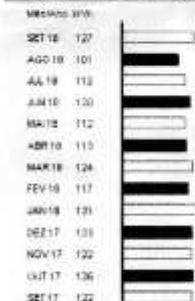
TOTAL DA FATURA

30 50

DEMONSTRATIVO DE CONTINÚO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
ET96246	CAT	12/06/2018	22 896,00	03/09/2018	22 953,00	32	1 000,00		72,00

DOI: 10.1002/jbm.b



1999年12月26日

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR IMPOSTO
ICMS	22,40	10,00	2,24
PIS	22,40	1,00	0,22
COFINS	22,40	3,00	0,67

COMPOSICIÓN DEL SUERO

Geração de Energia	R\$	13,54	37,83%
Transmissão	R\$	4,00	4,40%
Distribuição (Custos)	R\$	10,07	21,31%
Perdas de Energia	R\$	0,12	0,72%
Energia Retornar	R\$	6,37	6,00%
Tributação	R\$	22,08	24,65%
Total	R\$	56,10	100%

[illegible]

Consumes 40-50W/h) 0.40081000

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 419–428

05C4 B828 BE2A F806 EF0B C7E3 7E76 6D79

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

de tecnologia, germe de
formação da Associação ADEB,
47 A.05.01), sendo, portanto,
serviço prestado e devido na
emissão e cobrança, para
propósito de registro unificado de
prestação e cobrança
de serviço.

DONAGIAC & FRIENDS AT THE INTER-PROVINCIAL

CONCEPTO	VALOR AFIXADO	IMPORTE ANUAL	IMPORTE TRIMESTRAL	IMPORTE ANUAL
GOBIERNO	160018			
GRU	0.00	5.91	17.82	23.54
FIN	0.00	3.36	6.72	13.45
GRUC	0.00	3.44	0.00	0.00

444 M. P. J. van den Brink et al.

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	MINIMO	MAXIMO
270	202	231



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



COM REGISTRO DE SAÍDA
BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **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

Sexo: M Cor: PARDADA
Prof:

Mãe: IRANEIDE FERREIRA DOS SANTOS

Pai:

Logradouro: MARCOS GRECO, 158

CEP: 59173000

Bairro: NOVA BATALHA

Cidade: GOIANINHA

Telefone: 84 992079813

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*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 SEGUIRADORA
19 FEV 2019

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. Ryua parada de consciência. Nega vômitos. Nega dor torácica e abdominal. Ryua dor nos membros.

RAIOS-X

Realizado em: ____ Hora: ____

Técnico: ____

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vios sinais vitais, cervical estável
- B Respiratório ou ambiente,
- C Bem perfundido
- D Glasgow 15
- E Hx em 43 kg com exposição bone.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdom: plano, flácido e indur.

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Queda de moto

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

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

08/11/18

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS) NuqeM(MEDICAÇÃO EM USO) NuqeP(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) Nuqe

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL) Atualizado (sic)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx de PíD (AP e oblíquos)

TC de crânio

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMARIA@MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

Voltarem 75mg - Olomp, 2M, agora

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

/ /

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP

ANEXAMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM.

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olfhos se abrem espontaneamente.	3
Olfhos se abrem ao comando verbal. (Nao confundir com o desviar de uma pessoa informada, se assim for marque 4, se não 3)	2
Olfhos se abrem por estimulo doloroso	1
Olfhos não se abrem.	0
Meiohor resposta verbal (MRY)	5
Orientado (Responde devidamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, estado, o porquê, a data e etc)	4
Consciente (Responde às perguntas circunstanciais, mas há alguma desorientação e confusão)	3
Palavras incoerentes (Fala ininteligível, mas com alguns significados)	2
Sons ininteligíveis. (Responde com palavras soltas.)	1
Apneia.	0
Meiohor resposta motora (MRM)	6
Obedece a ordens verbais. (Faz alguma coisa quando lhe é ordenado.)	5
Localiza estímulos dolorosos.	4
Retirada involuntária a dor.	3
Padrão flexo à dor (Decorticação).	2
Padrão extensor à dor (Decerebração).	1
Sem resposta motora.	0

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTE"	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	15 - 15G = 4
	8 - 12G = 3
	6 - 8G = 2
	4 - 5G = 1
	3G = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10 - 20 = 4
	>20 = 3
	8 - 9 = 2
	1 - 5 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	70 - 89 = 3
	50 - 69 = 2
	1 - 49 = 1
	0 = 0

****Escala de Trauma Revisada (RTS):** Boa índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado.
Referência: Adaptado de Champion H.L, Sacco W.A, Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(6) 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
[ATLB 2009]

03 - 02-grave (necessidade de
intubação imediata);
04 - moderado;
14-15-leve

Referente: TEASDALE, P. JENET, R.
Assessment of coma and impaired
consciousness: A practical scale. Lancet
1974; ii:81-84

7. A escala proposta aplica-se a doentes com alteração de
consciência com o máximo superior a 2 anos. Na Escala Gravitativa
atribui-se ao doente que classifica a "intensidade da sua dor
de acordo com as seguintes subjetivas:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Mor Possível
0	1	2	3	4

ANAMNESE

Arterio Medo do
Do e m...do

EXAME FÍSICO

E com... em 4 P...s

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

Rx do B.O. AP / 1000
Rx do B.O. AP / 1000

Rx do B.O. AP / 1000
Rx do B.O. AP / 1000

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

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

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Rx do B.O. AP / 1000

Rx do B.O. AP / 1000

Rx do B.O. AP / 1000

Rx do B.O. AP / 1000

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 Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**ATESTADO
MÉDICO**

ATESTADO

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

Evaristo

Judson de Lima

foi examinado(a) nesta Unidade de Saúde às 09:00 horas, e necessita

afastar-se de suas atividades profissionais / estudantis, durante um período

de 08 (oito) dia (s), por motivo de doença

a partir desta data.

Autorização do paciente para
divulgação do CID.

CID. 10 nº

S92.5



Natal 07/11/18
Local e data

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

Assinatura e carimbo do profissional



HR
GPS
S

Secretaria de Estado da Saúde Pública

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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado

Edson
José da Silva

foi examinado nesta unidade às _____ horas, necessitando de

60 dias de
afastamento do trabalho, a partir desta data. CID 10 = S 62.3

05/12/11

LOCALIDADE E DATA

Dr. Kilvan da Silva Linhares
CRM RN 6382
ORTOPEDISTA

[Assinatura]

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

ARUANA SEGURADORA

19 FEV 2019

NOTA: Este Afastamento é válido 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 a 15 dias de afastamento do trabalho.



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

ATESTADO
MÉDICO

ATESTADO

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

Judson de Lima

foi examinado(a) nesta Unidade de Saúde às 09.00 horas, e necessita

afastar-se de suas atividades profissionais / estudantis, durante um período

de 08 (oito) dia(s), por motivo de doença

a partir desta data.

Autorização do paciente para
divulgação do CID.

CID. 10 nº

S92.5

Natal 07/01/18
Local e data

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

Assinatura e carimbo do profissional

3o: 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

ARUANA SEGURADORA

19 FEV 2018

D



Id. Paciente: 57890 Data Exame: 07/11/2018 04:43:04

Paciente: EVERTON JADSON DE LIMA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: THIAGO GAUCHO
Idade: 26 ano(s) PÉ AP
78,9 %



Id. Paciente: 57890 Data Exame: 07/11/2018 04:11:19

Paciente: EVERTON JADSON DE LIMA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: THIAGO GAUCHO
Idade: 26 ano(s) MAO PA
78,9 %

D



Id. Paciente: 57890 Data Exame: 07/11/2018 04:43:53
Paciente: EVERTON JADSON DE LIMA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: THIAGO GAUCHO
Idade: 26 ano(s) PÉ LAT
78,9 %



Id. Paciente: 57890 Data Exame: 07/11/2018 04:12:07
Paciente: EVERTON JADSON DE LIMA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: THIAGO GAUCHO
Idade: 26 ano(s) MAO OBL
78,9 %

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL
NOME

002.964.926

DATA DE
EXPEDIÇÃO

21/10/2013

EVERTON JABSON DE LIMA

ALIAÇÃO

ADIVALDO FRANCISCO DE LIMA
IRAMEIDE FERREIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE

NATAL - RN

DOO. ORIGEM

CERT. DE CAS-DIV L-013
GUARANIÁ RN-2 CARTÓRIO

F-233 RE-4002

DATA DE NASCIMENTO

15/06/1992

017.691.924-41

2a. VIA

Edair de Souza Aguiar Junior
Diretor Geral

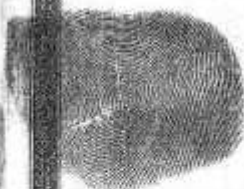
ARUANA SEGURADORA

19 FEV 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



POLEGAR DIREITO



Everton Jabson de Lima

SINASSINATURA 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**

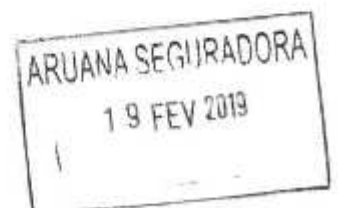
Digito Verificador: **00**

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.)



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE COM POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTAÇÃO DE PASSAGEIROS, SEGURO DPVAT

19 FEV 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 013085685218

VIA 2
COD RENAVAM 01109012745
RNTC
EXERCÍCIO 2018

EVERTON JADELY DE LIMA

017.691.921-11

OGM9921

CHASSI

PLACA ANT/VL
OGM9921/AN

CHASSI

302KC22D0HR001821

COMBUSTIVEL

ALCOOL-GASOL

PASSEIRO/MOTORISTA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB.

2016

ANO MOD.

2017

CATEGORIA

PARTICULAR

COR PREDOMINANTE

PRETA

CAP/POT/CIL

OCV/162 CILINDRADAS

COTA UNICA

R\$ 0,00

VENC. COTA UNICA

26/03/2018

VENC. COTAS

1º PAGO

2º PAGO

3º PAGO

FAIXA IPVA

002892 2X

PARCELAMENTO/COTAS

R\$ 32,32

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

TAXAS DETRAN - PAGO DPVAT - PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: KC22E0H0018521 DE PORTE OBRIG

NÃO VALIDO PARA TRANSFER

DATA

23/05/2018

GOTANTINHA/RN

RN Nº 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
SAC DPVAT 0800 022 1204

001370992-5

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

23/05/2018

VIA

2

CPF / CNPJ

017.691.921-11

PLACA

OGM9921

RENAVAM

01109012745

MARCA / MODELO

HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB.

2016

ESTADO

9

Nº CHASSI

302KC22D0HR001821

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

COTA UNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE COM POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTAÇÃO DE PASSAGEIROS, SEGURO DPVAT

CNPJ 09.240.608/0001-04

ARUANA SEGUROADORA
19 FEV 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

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

Titular do CPF: EVERTON JADSON DE LIMA

CPF de: Próprio

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 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	Renavam	Placa Anterior	Tipo	Categoria	Espécie	Lugares	
qgm9921	1109012745	qgm9921/RN	4-MOTOCICLETA	1-Particular	1-Passageiro	2	
Marca/Modelo	Fabricação/Modelo		Potência	Combustível	Cor	Carroceria	
002892-HONDA/CG 160 FAN ESDI (Nacional)	2016/2017		0	16-Alcool-Gasol	11-PRETA	999-NAO APLICAVEL	
Nome do Proprietário					Recadastrado DETRAN		
EVERTON JADSON DE LIMA					DetranNet		
Proprietário Anterior					Situação Lacre		
MATIAS CANDIDO MARINHO					REGULAR Portaria 272/2007 DENATRAN		
Município de Emplacamento			Licenciado até		Adquirido em	Situação	
GOIANINHA			2018 em 23/05/2018 através do Registro de Veículo (CRV)(Via 1)		21/05/2018	Em Circulação	
Restrição à Venda					Carnê de Licenciamento 2019		
Sem gravame					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	R\$ 353,84		
Taxas Detran		Seguro DPVAT	IPVA	Multas			
112,00		84,58	157,26	0,00			
▼ 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	Interessado	Início em					
50000675/2018	01769192441	22/05/2018 às 08h57min					
Situação	Final em						
Encerrado	23/05/2018 às 13h24min						
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						
Auditoria	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 !**

ARUANA SEGURADORA

19 FEV 2019

Voltar

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 Nº:	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).

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

Titular do CPF: EVERTON JADSON DE LIMA

CPF de: Próprio

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 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