



Número: **0814679-50.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **23/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
AREILLEN RONNEY ROCHA REGES (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61594 363	15/10/2020 12:25	2758119_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação



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, 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 Romey 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 Romey Rocha Reges 6 - CPF: 064.832.344-73
7 - Profissão: 8 - Endereço: R. Antenor Bernardes 9 - Número: 263 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bem 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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0560 CONTA: 24186 2
(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.

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)

FDS 001 V002/2019





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

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a 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: PARDO

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 01050889556; 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

Protocolo: J2020001007349 - Código de autenticação: ce1e58a8c8221c28e7776451b4c0d12e

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 15/10/2020 12:25:09

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101512250923600000059085837>

Número do documento: 20101512250923600000059085837

Num. 61594363 - Pág. 4

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: Areiellen Romey 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: Areiellen Romey Rocha Reges 6 - CPF: 064.832.344-73
7 - Profissão: 8 - Endereço: R. Antenor Bernardes 9 - Número: 263 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bem 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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0560 CONTA: 24186 2
(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.

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)

FDS 001 V002/2019



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 Marmoz, 150, Beldo, Natal - RN, CEP 59035-200
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20059199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TOPICO SUMÁRIO DO CONSUMO

AV. DE A. DE A. 2.0021 A. DE A.
RUA DE A. DE A. 2.0021 A. DE A.
BLOCO
SANTO ANTONIO - GUARARUBA - PB

CLASSIFICAÇÃO
CNPJ 08.324.196/0001-81

BT RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

DATA DE VENCIMENTO 05/2020

DATA DE PAGAMENTO 26/05/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

DATA DE PAGAMENTO 18/06/2020

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

PERÍODO	TIPO DE L	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2020/04/01	CAT	05/04/2020	17/04/2020	13	1,0000	0,0000	20,00

184199674-3268





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

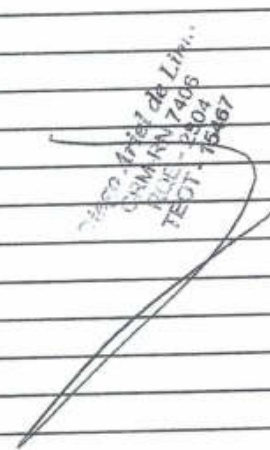
Queixas: vítima de colisão moto x carro. Queixa-se de dor na clavícula e região escapular esquerda, escoriações pelo corpo.

Dt e Hora: _____

LUZIA DE OLIVEIRA
2005 INVENTO
G-

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:		VIA	HORÁRIO	ASSINT.
① DIPIRONA 2g + 150ml EV			17:40	Sandra
② TIOSTIL 40g EV			17:40	11
 Livia Karina Freitas da Silva CRM RN 7406 RUE - 2504 TEOT - 75467				

*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
BOTA CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORO 17/03/2020
L. Karina F. da Silva
SAME / ARBOREDO
mat. 150.343-0



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 15/10/2020 12:25:09

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101512250923600000059085837

Número do documento: 20101512250923600000059085837



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

PEDIDO
DE
EXAME

NOME:

REGIANE RANNEY P. NEVES

MATRÍCULA:

IDADE

AMBULATÓRIO

ENFERMARIA

SEXO

SAU

LEITO

NATUREZA DO EXAME:

TC OMBROS ASX

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Travma

Diego Ariel de Lima
CRM-RN 7306
RQE - 2804
RDT - 1548

DATA:

___/___/___

REQUISITANTE:

CRM:





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

AREILAN 2000-7 R.
REUS

R

① Profum 500 —

21 W 50 50/2 /R

② TUBO VEDADO

Original
CRA-PA 7.0
100-200-2
1507-15487





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 RANNE

ROCHA REAIS

foi examinado nesta Unidade às _____ horas, necessitando
de 30 (trinta) 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 finalidades 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.



IDENTIFICAÇÃO
BIOMÉTRICA[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - RN
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 01050869556 ***** 2019
 CDD RENAVAM NÚCLEO EXERCÍCIO

AREILLEN RONNEY ROCHA REGES

064.832.344-73
 PLACANTE / UP PLACA QGC6583

QGC6583/RN 9C2KD0810FR449814

PASSAGIRO/MOTOCICLETA/NRO A
 HONDA/NXR160 BROS BSDD
 QCV/162 CILINDRADAS PARTICULAR
 BRANCA

ALCOOL-GASOL
 2015 2015
 11/04/2019
 1º PAGO
 2º PAGO
 3º PAGO

TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

ALIEEN. FID. EM FAVOR DE: 45.441.789/0001-54
 ADMINISTRADORA DE CONSORCIO NACIONAL HONDA LTDA

MOSSORO/RN
 Carlos Silvestre da Silva
 Coordenador do Registro de Veículos 21/02/2020
 DETRAN-RN

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.seguradorelides.com.br
 SÃO DPVAT 0500 022 1804

EXERCÍCIO 2019 21/02/2020

064.832.344-73
 QGC6583

01050869556
 HONDA/NXR160 BROS BSDD

2015 9
 9C2KD0810FR449814

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO DPVAT

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.340.040/0001-04

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





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, 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

Carta nº 15893202

