

[illegible]

002-555-574 EXT. 2005/2004

2007

FRANCISCA IONE TARGINO DE BRITO

உதவி

ANTONIA MONTEIRO DE BRITO NETO

MATILDE TARGINO DE BRITO

2006/07/07

055000 PN

415511

MISSOURI

25

232200 7


QUINCY, ILL. 61801

CPA 1457


[illegible]


5. www.mhhe.com/9780070634631

DATE: 7-15-2016 TIME: 15:53

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DA POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO





O FOLHA INVENTARIO

NOME COMPLETO: MARIA JOSE LOPES
Nº 11.03.58.000.740.51.116

CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº 11.03.58.000.740.51.116

RIORGANIZZAZIONE

INSTITUTE OF TECHNOLOGY
DEPT. OF ELECTRICAL & ELECTRONICS ENGINEERING

COORDENADOR DE IDENTIFICACAO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

ACKNOWLEDGMENTS

CONFIDENTIAL

Ministerio da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF
Número 068.189.254-48
Nome FRANCISCA IONE TARGINO DE BRITO
Nascimento 27.08.1945

பிரபஞ்ச பாக்ஷ

INSCRIÇÃO DE INSCRIÇÃO CPF

Numero

068 189 254-48

Noma

FRANCISCA JONE TARCINO DE BRIO

Nascimento

252

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 54767 - FRANCINILSON COSTA DA SILVA (35 a 1 m 26 d)

Nascimento: 26/10/1984

Natural: AUGUSTO SEVERO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700505557147055

CPF: 07459242470

Prof.

Mãe: FRANCISCA GENERINA DA SILVA

Pal: FRANCISCO DE ASSIS COSTA

Logradouro: JOSEFA XAVIER DE MEDEIROS, 59

CEP: 59635030

Bairro: BOM JESUS

Cidade: MOSSORO

Telephone: 84.998573113

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: COLISÃO CARRO-MOTO, TRANSPORTADO PELO SAMU

Classificação:

PESO:

21/12/2019 12:53:43

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	120 70		98			76			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: TRAUMA EM PATELAS COM ESCORIAÇÕES, FRATURA NO PODOFACTILO

Horas: 13:00

Paciente vítima de colisão moto-carro há cerca de 30 min. Atrazado no protoco-
lo, com colar cervical, estava em uso de capacete. Nega perda de consciência,
náuseas, vômitos. Refere dor em pé E e joelho D.

A- Vias aéreas penúlitas e sem uveítide

B- tórax estável, nem enrijecido, MV⁺ bilateralmente

c- Hemodinamicamente colável, sem sinais de choque. Pelve estável. Abdomem sem sinais de irritação

D- ECG 15, pupilas irrojetas (+)

e - escoriações abrasivas em Membros inferiores. Fratura exposta em
pododactilo E.

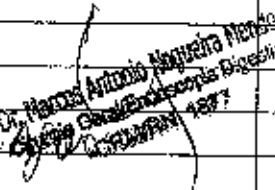
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO NA
ESTÁ CONFORME O ORIGIN
SAME MOSSORÓ 03/01/2020

210

Diagn. Inicial: *trauma*

~~SAME / ARQUIVO~~

PRESCRIÇÃO

PRESCRIÇÃO	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1 Solicito avaliação da ortopedia 2 Solicito Rx de pé e 3 Alta da cirurgia geral 4 Dif. 500 mg - 2ml + ABD. IV 5 T. 40 mg, IV, Apoc 6 Clotrimol 1g, IV, Apoc		15:11 15:08 15:30	normal normal normal
Transfusão de sangue 2, 3 e 4 O.D.			

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

CID Proc.

Data: 1 / 19. Hr: 3

Médico:

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 21 de Dezembro de 2019.

Assist



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 54767 - FRANCINILSON COSTA DA SILVA (35 a 1 m 26 d)
Nascimento: 26/10/1984 Natural: AUGUSTO SEVERO BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 70050557147056 CPF: 07459242470 Prof: Pai: FRANCISCO DE ASSIS COSTA
Mãe: FRANCISCA GENERINA DA SILVA Logradouro: JOSEFA XAVIER DE MEDEIROS, 59 Cidade: MOSSORO
CEP: 59635030 Bairro: BOM JESUS
Telefone: 84.998573113

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISÃO - MOTOQUEIRO
Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO

*Empresa:

OBS: COLISÃO CARRO-MOTO, TRANSPORTADO PELO SAMU

Classificação:					PESO:		
21/12/2019 12:53:43							
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.
	120 70		98			76	
							Glasgow
							RIS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: TRAUMA EM PATELAS COM ESCORIAÇÕES, FRATURA NO PODODACTILO
Hora: 13:00

Paciente vítima de colisão moto-carro há cerca de 30 min. Acusado no protocolo, com olhar curvado, estava em um de capacete. Negu perda de consciência, náuseas, vômitos. Refere dor em pé E e joelho D.

A - vias aéreas patentes e sem ruídos respiratórios

B - tórax estável, sem enfisema, MV@ bilateralmente

C - Hemodinamicamente estável, sem sinais de choque. Pulso estável. Abdomen sem sinais de irritação

D - ecg 15, pupilas isocóricas

E - escoriações abrasivas em membros inferiores. Fratura exposta em pododactilo E.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMU MOSSORO 20/12/2019

Diagn. Inicial: Trauma

SAME / ARGUINO

PRESCRIÇÃO:

	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1. Solicito avaliação da ortopedia			
2. Solicito Rx de pé E			
3. Alta de cirurgia geral			
4. Dipirone 500mg - 2ml + ABID. IV		15:15	Próximo
5. T. 100mg IV Apox		15:08	Próximo
6. Clonazepam 1mg IV Apox		15:30	Próximo
Imóvel, consciente, sem sinais de choque, 2,34 QDE			

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

CID Proc. Data: / /19. Hr: Médico:

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA, Impresso em 21 de Dezembro de 2019.

(Assinar e)

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 54767 - FRANCINILSON COSTA DA SILVA (35 a 1 m 26 d)
Nascimento: 26/10/1984

Nascimento: 26/10/1984

Natural: AUGUSTO SEVERO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700505557147055

CPF: 07459242470

Prof:

Mãe: FRANCISCA GENERINA DA SILVA

Paí: FRANCISCO DE ASSIS COSTA

Logradouro: JOSEFA XAVIER DE MEDEIROS, 59
CER: 50005000

CEP: 59635030

Bairro: BOM JESUS

Telephone: 84.998573113

Cidade: MOSSORO

Complic

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: COLISAO CARRO-MOTO, TRANSPORTADO PELO SAMU

Classificação:
21/12/2019 12:53:43

PĚSO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	R/R
	120 70		98			76			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: TRAUMA EM PATELAS COM ESCORIAÇÕES, FRATURA NO PODODACTILO

Hora: 13:00

Paciente vítima de colisão moto-carro às cerca de 80min. Atrazado no profixo-
to, com colar cervical, estava em um de capacete. Nega perda de consciência,
náuseas, vômitos. Refere dor em pé E e joelho D.

A- vias aéreas penúlia e nem uivicalgia

B - Tônco estável, nem encozme, MV ⊕ bilateralmente

c- Hemodinamicamente colível, nem nódais de choque. Pulso estável. Abdom: sem nódais de irritação

D - ECG 15, pupilas irrogato (+)

e - escoriações abrasivas em Membros inferiores. Fratura exposta em pododactilo 5.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 30/04/2016

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORÓ 30/12/50/9

Diagn. Inicial: Trauma

SAME / AROUND

PRESCRIÇÃO:

PRESCRIÇÃO:		VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1 Solicito avaliação da ortopedia				
2 Solicito Rx de pé e				
3 Alta da cirurgia geral				
4 Dipirona 500mg - 2ml + ABD. IV	Dr. Marcos Antônio Moreira Pereira Cirurgião Geral Endoscopia Digestiva CRM 1577		15:11K	grávida
5 T. B. 40mg, IV Aporo			15:08	grávida
6 Clotrimol 1g, IV Aporo			15:30	grávida
Tratamento com 2,34 QDE				
*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido				

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

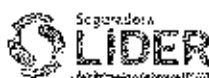
CID _____ Proc. _____

Data: / /19. Hr:

Médico:

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 21 de Dezembro de 2019.

(Assinari)



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e Regiões metropolitanas: 020-3596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 020 022 52 99 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 11 05 | Central Ombudsman: 0800 11 21 51 25

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido na Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/portal/assessoria/DOCCORRIGENDAS/XTIPO-TEC-DINCO-Prebas>

A Circular SUSEP nº 4-15/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre a profissão e da renda de cada mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede a apresentação ou indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

² SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP: ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCATAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ASSEPTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ³ CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, Órgão integrante da estrutura do MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pela exposta, eu

Francisca Jone Targino de Brito

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 068389254 / 48

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francinilson Costa da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 060458384 / 07

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da vítima

Francinilson Costa da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 060458384 / 07

conforme determinação da Circular Susep 445/12

Declare Profissão:

Receita

Renda:

Receita

e apresente os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando o cópia do comprovante de residência do endereço informado. Caso o(a) não seja a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 388 do Código Penal.

Endereço:

Rua Joreza Xavier de Medeiros

Número: 59

Complemento:

Casa

Cidade:

Bom Jesus

Estado:

Maranhão

Estado:

CEP:

59635-030

E-mail:

Não Possui

Tel (celular):

(84) 99827-0056

Local e Data:

Maranhão - 16/03/20

Francisca Jone Targino de Brito

Assinatura do Declarante



Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Nereu, 150, Bairro Alcan - RUA CEP 58025-250
CNPJ 08.933.176/0001-81 | Insc. Est. 20055189-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA IONE TARGINO DE BRITO

CPF: 068.169.251-48 NIS: 18045870566

CLASSIFICAÇÃO

R1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIMENTO COM NIS
Mantida

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSEF-ALEXANDRE DE MEDEIROS 59

90M JESUS AREA URBANA
MOSSORO RN
59635-030

DE 25/007 (UNICA) 100120019
100120019 30/05/2019 2577419

7008100075 10/01/2020
100120019 10/01/2020

Consumo Ativa até 20 kWh
Consumo Ativa Superior a 20 até 100 kWh
Consumo Ativa Superior a 100 até 220 kWh
Acrescimo Bandeira AMARELA
Acrescimo Bandeira VERMELHA
Cobrança Junt. P. Junt. Municipal
ICMS-Parcela Soluções
Multa por atraso NF 03/227052 - 03/10/19
Juros por atraso NF 03/227052 - 03/10/19
Atualização IGPV NF 03/227052 - 03/10/19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,000000	0,23548759	5,48
70,000000	0,28087309	25,85
107,000000	0,55405262	59,39
		0,76
		5,46
		9,17
		7,88
		1,38
		0,69
		0,41

TOTAL DA FATURA

MP DO	TPC DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE	CORRETAJE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
210070446	CAT	001/2019	100120019	10012018	1100000	56	1,0000		267,00

VALOR DE	%	VALOR DO	CONTRIBUIÇÃO	CONSUMO
113,37		37,44	1	29,21%



**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 006

Mossoró 08 de Janeiro de 2020

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário:
FRANCINILSON COSTA DA SILVA, 35 anos.

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Carro

Data da Ocorrência: 21/12/2019


Local da ocorrência: Avenida: Alberto Maranhão, Centro na esquina do Shopping Oasis

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 03

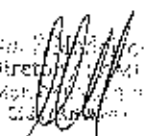
Hora do Chamado: 12h 32min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró.**

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Francisca Ione Targino de Brito, 35 anos, portador de RG: 002.593.574.**
Estamos à disposição para mais informações.


SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADM / SAMU
MAT. 58682-1

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do SAMU/Mossoró


DIXON FRADIK MEDEIROS LIMA
Diretor Geral
Matrícula 405418-3
Cidade/Mossoró

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor Geral do SAMU/ Mossoró



COSERN

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Nereu, 150, Bairro Alcan - RUA CEP 58025-250
CNPJ 08.933.176/0001-81 | Insc. Est. 20055189-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA IONE TARGINO DE BRITO

CPF: 068.169.251-48 NIS: 18045870566

CLASSIFICAÇÃO

R1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIMENTO COM NIS
Mantida

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSEF-ALEXANDRE DE MEDEIROS 59

90M JESUS AREA URBANA
MOSSORO RN
59635-030

05/25/2017 10/01/2019
10/01/2019 05/25/2019
2877419

7008400875 12/2019
12/2019 10/01/2020
11737

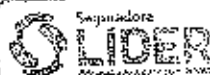
Consumo Ativa até 20 kWh
Consumo Ativa Superior a 20 até 100 kWh
Consumo Ativa Superior a 100 até 220 kWh
Acrescimo Bandeira AMARELA
Acrescimo Bandeira VERMELHA
Cobrança Junt. Prefeitura Municipal
ICMS-Parcela Solventada
Multa por atraso NF 05/27/19 - 04/01/19
Juros por atraso NF 05/27/19 - 03/10/19
Atualização INFLU NF 05/27/19 - 04/01/19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,000000	0,23548769	5,48
70,000000	0,28087398	25,85
107,000000	0,55405262	59,39
		0,76
		5,46
		9,17
		7,88
		1,38
		0,69
		0,41

TOTAL DA FATURA

MP DO	TPC DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE	CORRETAJE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
RECEBOR	PLANO					DIAS			
2190379446	CAT	001/2019	10/05/2019	10/05/2019	11/05/2019	31	1,0000		267,00

VALOR DE	%	VALOR DO	CONTAÇÃO DE	R\$	27,44	29,21%
DEBITO		DEBITO	CONTAÇÃO DE			
117,37		117,37	CONTAÇÃO DE			



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☒ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E DESPESAS FUNERÁRIAS) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTO

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 060.458.884-07 4 - Nome completo da vítima: Francinilton Costa da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE IDADE DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: Francinilton Costa da Silva 6 - CPF: 060.458.884-07
7 - Profissão: ASG 8 - Endereço: Rua Josefa Xavier de Medeiros 9 - Bairro: São Jesus 10 - Complemento: Casa
11 - Cidade: Mossoró 12 - Estado: RN 13 - CEP: 59635-030
14 - Telefone: (84) 99827-0066 15 - E-mail: Não Possui

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

16 - Nome completo do Representante Legal: 17 - CPF do Representante Legal: 18 - 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: ☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA (conta de poupança aberta em nome de uma pessoa) ☐ CONTA CORRENTE (conta de corrente)

☐ Banco do Brasil (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4398 5 CONTA: 37995 6

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da lei, que esta pessoa não possui nenhuma lesão permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme laudo médico emitido pelo IML, e que não possui nenhuma outra doença que possa gerar incapacidade permanente.

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou viúva) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

24 - Data do casamento: 25 - Nome do(a) companheiro(a): 26 - Data do divórcio:

27 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

28 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

29 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

30 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

31 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

32 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

33 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

34 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

35 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

36 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

37 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

38 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

39 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

40 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

41 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

42 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

43 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

44 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

45 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

46 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

47 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

48 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

49 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não

50 - Se a vítima deixou algum filho: ☐ Sim ☐ Não



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005755/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/01/2020 15:35 Data/Hora Fim: 16/01/2020 16:02
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 21/12/2019 12:20

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Bairro: Centro
Logradouro: Avenida Alberto Maranhão

Nº: 1568
CEP: 59.600-195

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCINILSON COSTA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 26/10/1984 Idade: 35 anos
Naturalidade: RN - Augusto Severo Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Francisca Generina da Silva Nome do Pai: Francisco de Assis Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 060.458.184-07
RG - Carteira de Identidade: 2975222

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: R Josefa X de Medeiros
Bairro: Bom Jesus
Telefone: (84) 9922-0041 (Celular)

Nº: 59
CEP: 59.835-030

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 074.592.424-70	Placa MXP4364
Renavam 00918965039	Número do Motor KC08E17158143
Número do Chassi 9C2KC08107R158143	Ano/Modelo Fabricação 2007/2007
Cor AZUL	UF Veículo Rio Grande do Norte
Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS	Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 13/07/2010
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impressão por: José Josué Costa Faustino
Data de Impressão: 16/01/2020 16:03
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL

2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA


Nº: 005755/2020

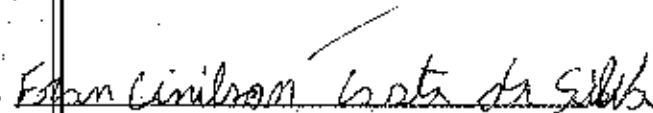
Nome Envolvido	Envolvimentos
Francinilson Costa da Silva	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que estava conduzindo a motocicleta acima mencionada. Quando um carro saiu do estacionamento do shopping oásis e fez um retorno na Avenida Alberto Maranhão sem observar os veículos que vinham no sentido contrário e assim o carro colidiu com o comunicante que pilotava uma moto. Que o comunicante caiu no chão; Que o comunicante foi socorrido pelo SAMU de acordo com a ocorrência nº 6; Que foi encaminhado ao Hospital Regional Tarcísio Maia, de acordo com boletim de atendimento nº 69325/2019. Nada mais disse.

ASSINATURAS


José Josué Costa Faustino
Agente de Polícia
Matrícula 207.338-2
Responsável pelo Atendimento


Francinilson Costa da Silva
(Vítima / Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Delictiva e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127566

Vítima: FRANCINILSON COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 21/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA IONE TARGINO DE BRITO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCINILSON COSTA DA SILVA

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\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: FRANCINILSON COSTA DA SILVA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 001

Agência: 000004391-5

Conta: 000010037995-8

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



SISBA - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/01/2022 - Autoatendimento - 14:01:05
836070352 - 0070

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - CHEQUE

FAVORECIDO	FRANZINI SON COSTA SILVA
AGENCIA	4391-5
CONTA	37.995-6
VARIACAO	51
VALOR *	5,28
NR. ENVELOPE	1.371.936.520

* Acolhido em: 18/01/2022, na Agência 8360-7.

DECLARO-VE CIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 24/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA RESOLUCAO PROVISORIA 567/2012.

VALOR SUJEITO A CONFERENCIA:

Depositos realizados durante o expediente
bancario serao conferidos e processados
ate as 20h59 do mesmo dia. Apes o expediente
bancario, aos sabados, domingos e ferjados,
ate as 20h59 do primeiro dia util subsequente.

Cheques estao sujeitos aos prazos legais de
expensacao e devolucao.

Se houver divergencia no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios nao serao abertos
e permanecerao disponiveis por 60 dias na
agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos
canais BB na opcao "Consulta Envelope".
Aplicativo BB: www.bb.com.br / Caixa Eletronica
Central de Atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0800-725-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127566

Vítima: FRANCINILSON COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 21/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA IONE TARGINO DE BRITO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCINILSON COSTA DA SILVA

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCINILSON COSTA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04391-5

CONTA: 000010037995-8

Nr. da Autenticação E36E9B2B6543385D

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100708/20

Vítima: FRANCINILSON COSTA DA SILVA

CPF: 060.458.184-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/12/2019

Titular do CPF: FRANCINILSON COSTA DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

FRANCISCA IONE TARGINO DE BRITO : 068.189.254-48

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCINILSON COSTA DA SILVA : 060.458.184-07

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: 23/03/2020
Nome: FRANCISCA IONE TARGINO DE BRITO
CPF: 068.189.254-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/03/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

FRANCISCA IONE TARGINO DE BRITO

GERCIA LOURENCO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127566 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCINILSON COSTA DA SILVA **Data do acidente:** 21/12/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO JOELHO DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DE 2º, 3º E 4º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DOS 2º, 3º E 4º DEDOS DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DOS 2º, 3º E 4º DEDOS DO PÉ ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francinilson Costa da Silva, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Servidor Público, Data do Acidente: 21/12/19
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 002.945.222, órgão expedidor
DPVAT e do CPF: 060.458.184-04, residente no(a)
Rua Josefa Xavier de Medeiros nº 59,
bairro: Bom Jesus, município: Matão / RN.

OUTORGADO:

Nome: Francisca Yane Targino de Brito, brasileiro(a)
estado civil: Solteiro, Profissão: Técnica de Enfermagem, portador(a) do RG
002.593.544, órgão expedidor DPVAT e do CPF: 068.189.254-48, residente
no(a) Rua Josefa Xavier de Medeiros nº 59,
bairro: Bom Jesus, município: Matão / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Matão - RN 06/01/2020

Local e Data



Francinilson Costa da Silva

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



3º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Getúlio Vargas, 92 - Centro - Natal/RN - CEP: 59050-170 - Fone: (41) 3221-4337/3561-2066
Sul. Francisco Araújo Fernandes - Tabelião

Reconhecimento de Firma 2020-000088

Reconheço por autenticidade a firma de:

FRANCINILSON COSTA DA SILVA

Realizado na presença de: 02 fls.
Em testemunho da verdade, Natal-RN, 06/01/2020 09:07:12

Selo Digital: RN20190094938002855011A

Para consultar o selo,
acesse: <https://anodigital.tfn-rn.gov.br>
END: RS 2.03 PROCPN: RS 0.00
PDJ: RS 0.0025 No 0.14 FUNAF: RS 0.00

ESIVIN ARAUJO FERNANDES - SUBSTITUTO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127566 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCINILSON COSTA DA SILVA **Data do acidente:** 21/12/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO JOELHO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO NO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 1201 / 00105 Nº 014529180286
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 / 009189530 / 2019
CDB RENAVAM

FRANCIMILTON COSTA
A BTVVA

074.592.424-70
PLACA ANT./DEF. HXP4364

074.592.424-70
PLACA ANT./DEF. HXP4364

074.592.424-70
PLACA ANT./DEF. HXP4364

074.592.424-70
PLACA ANT./DEF. HXP4364

074.592.424-70
PLACA ANT./DEF. HXP4364

074.592.424-70
PLACA ANT./DEF. HXP4364

074.592.424-70
PLACA ANT./DEF. HXP4364

074.592.424-70
PLACA ANT./DEF. HXP4364

074.592.424-70
PLACA ANT./DEF. HXP4364

074.592.424-70
PLACA ANT./DEF. HXP4364

074.592.424-70
PLACA ANT./DEF. HXP4364

074.592.424-70
PLACA ANT./DEF. HXP4364

074.592.424-70
PLACA ANT./DEF. HXP4364

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014529180286 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

Exercício 2019 DATA EMISSÃO 25/06/2019

VIA 1 / 074.592.424-70
RENAVAM 00918953059

00918953059
RENDA LÍQUIDA 150 TITAN 15

ANO/FAB 2007
ANO/DEF 2007

PRÊMIO TARIFÁRIO
PNS (R\$) 1,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 1,00

PAGAMENTO 1,00

COTA ÚNICA 1,00

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.689/0001-04

DETRAN

DETRAN