

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RESPOSTA: 002.553.574

FRANCISCA IONE TARGINO DE BRITO

ANTÔNIO MONTEIRO DE BRITO NETO

MATILDE TARGINO DE BRITO

MOSSORO - RN

MOSSORO - RN

DATA DE NASCIMENTO: 27/03/1985

RG: 036421

02 CARTÓRIO

232200-7

CODIGO DE CONTROLE

5306E06613041E5



Entido pelo Secretaria da Receita Federal do Brasil

25.10.07 00:05:23/03/2018 - Hora e data de Brasília

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE ID.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLICIA DE IDENTIFICACAO

FRANCISCA IONE TARGINO DE BRITO

27/03/1985

036421

02

232200-7

Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

068.189.254-48

Nome

FRANCISCA IONE TARGINO DE BRITO

Nascimento

27/03/1985



CIRURGIA GERAL - AMARELO

OK

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 Pai: FRANCISCO DE ASSIS COSTA
 Logradouro: JOSEFA XAVIER DE MEDEIROS, 59 Bairro: BOM JESUS Cidade: MOSSORO
 CEP: 59635030 Telefone: 84.998573113 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO **Tipo:** REGULADO
Origem: SAMU RN *Empresa:

OBS: COLISÃO CARRO-MOTO, TRANSPORTADO PELO SAMU						Classificação: 21/12/2019 12:53:43		PESO:	
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 PODOACTILO
 Hora: 13:00
 Paciente vítima de colisão moto-carro há cerca de 30 min. Atrazado no protocolo, com colar cervical, estava em uso de capacete. Negu perda de consciência, náuseas, vômitos. Refere dor em pé E e joelho D.
 A- vias aéreas patentes e sem cervicalgia
 B- tórax estável, sem engozamento, MV@ bilateralmente
 C- hemodinamicamente estável, sem sinais de choque. Pelve estável. Abdome sem sinais de irritação
 D- ECG 15, pupilas isotóicas
 E- escoriações abramvas em membros inferiores. Fratura exposta em pododactilo E.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGIN
 SAME MOSSORÓ 07/10/2020

Blau

Diagn. Inicial: Trauma

SAME + ARQUIVO

PRESCRIÇÃO	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1 Solicito avaliação da ortopedia			
2 Solicito Rx de pé E			
3 Alta de cirurgia geral			
4 Dif. 500mg - 2ml + ABD. M		15:15	manuseio
5 T. 100mg, IV, APOD		15:08	manuseio
6 Of. 100mg, IV, APOD		15:30	manuseio
Imobilização pé E, 2, 3, 4			

Marcos Antonio Marques Menezes
 Médico Cirurgião Geral - CRM 123456789

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

CID _____ Proc. _____ Data: ____/____/19. Hr: _____ Médico: _____



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **54767 - FRANCINILSON COSTA DA SILVA** (35 a 1 m 26 d) OK
 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 Bairro: BOM JESUS Cidade: MOSSORO
 CEP: 59635030
 Telefone: 84.998573113

Compl:

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

Tipo: REGULADO

*Empresa:

OBS: COLISAO CARRO-MOTO, TRANSPORTADO PELO SAMU

Classificação:							PESO:		
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FlO2	F.R.	F.C./Pulso	TEMP.	Glasgow	RIS
	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 há cerca de 30min. Acusado nos protocolos, com olhar curvado, estava em uso de capacete. Negu perda de consciência, náuseas, vômitos. Refere dor em pé E e joelho D.

- A- vias aéreas patentes e sem ruídos
- B- tórax estável, sem enfisema, MV@ bilateralmente
- C- Hemodinamicamente estável, sem sinais de choque. Pulso estável. Abdome sem sinais de irritação
- D- ecg 15, pupilas isocóricas
- E- escoriações abrasivas em membros inferiores. Fratura exposta em pododactilo E.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORO 30/12/2019

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 Dipirona 500mg - 2ml + ABD. IV		15:15	Marcelo
5 T. D. 40mg, IV Apont		15:08	Marcelo
6 Clonazepam 1mg, IV Apont		15:30	Marcelo
Insulina 2,5g			

Handwritten signature and stamp

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Proncher 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)

Terça-Feira, 10 de Janeiro de 2020



Companhia Energética de São Paulo S.A.
 Rua Nelson, 150, R. do Brasil - RJ, CEP 08025-250
 CNPJ 08.234.176/0001-81 | Insc. Est. 20054189-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
 FRANCISCA IONE TARGINO DE BRITO
 CPF: 068.169.251-48 NIS: 18045870566

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA JOSEF-Alexavier DE MEDEIROS 59
 90M JESUS/AREA URBANA
 MOSECO/RN
 09635-030

CLASSIFICAÇÃO
 R1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDIA COM NIS
 Modalidade



05/25/2007 (UNICA) 10/1/2019
 10/1/2019 02/05/2011 2877419

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,20540769	6,16
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,28987309	20,29
Consumo Ativo Superior a 100 até 220 kWh	107,0000000	0,55405262	59,28
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,76
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,46
Contrib. Jam. Prefeitura Municipal			9,17
ICMS-Parcela Subvenção			7,28
Multa por atraso - NF 081527852 - 03/10/19			1,38
Juros por atraso - NF 081227852 - 03/10/19			0,69
Atualização - NF 081227852 - 03/10/19			0,41

TOTAL DA FATURA 113,37

MP DO MEDIDOR	TPO DA MEDIÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CORRETORE	AVANÇO	CONSUMO (kWh)
219039446	CAI	09/01/2020	10835,00	10870,00	10/01/2020	11030,00	35	1,0000			267,00

IMPORTE A PAGAR	VALOR DO IMPORTE	%	VALOR DO IMPORTE	CONTRIBUIÇÃO DE ILUMINAÇÃO	R\$	27,44	24,21%
-----------------	------------------	---	------------------	----------------------------	-----	-------	--------



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

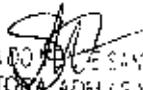
Local da ocorrência: Avenida: Alberto Maranhão, Centro na esquina do Shopping Oasis

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

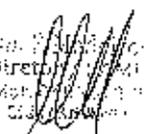
Hora do Chamado: 12h 32min.

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
SAMU/Mossoró

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

Terça-Feira, 10 de Janeiro de 2020



Companhia Energética de São Paulo - CESP
 Rua Nelson, 150, R. do Brasil - RUA CEP 08025-250
 CNEO 09334.176/0001-81 | Insc. Est. 20055189-0 | www.cesem.com.br

DADOS DO CLIENTE
 FRANCISCA IONE TARGINO DE BRITO
 CPF: 068.169.251-48 NIS: 18045870566

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA JOSEF-Alexavier DE MEDEIROS 59

CLASSIFICAÇÃO
 R1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDIA COM NIS
 Modalidade

90M JESUS/AREA URBANA
 MOSECO/RN
 09635-030



05/25/2007 (UNICA) 10/1/2019
 10/1/2019 02/05/2011 2877419

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,20540769	5,98
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,28987309	25,85
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	107,000000	0,55405262	59,28
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,76
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,46
Contrib. Jam. Prefeitura Municipal			9,17
ICMS-Parcela Subvenção			7,88
Multa por atraso - NF 081527852 - 03/10/19			1,38
Juros por atraso - NF 081227842 - 03/10/19			0,69
Atualização - NF 081227862 - 03/10/19			0,41

TOTAL DA FATURA 113,37

MP DO MEDIDOR	TPO DA MEDIÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CORRETORE	AVASTE	CONSUMO (kWh)
219039446	CAI	09/01/2020	10835,00	10870,00	10/01/2020	11030,00	35	1,0000			267,00

SERIE DE LEITURA	%	VALOR DO IMPORTE	CONTRIBUIÇÃO DE CUSTEIO	RE	27,4%	29,2%



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha (e) o tipo(s) da cobertura: DANOS (DESEMPENHAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E DESPESAS MÉDICAS) 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 RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/RESPONSANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 615/2012

5 - Nome completo: **Francinilton Costa da Silva** 6 - CPF: **060.458.884-07**

7 - Profissão: **ASG** 8 - Endereço: **Rua Josefa Xavier de Medeiros** 9 - Número: **59** 10 - Complemento: **Casa**

11 - Bairro: **Sam Jesus** 12 - Cidade: **Mossoró** 13 - Estado: _____ 14 - CEP: **59635-030**

15 - E-mail: **Não Possui** 16 - Telefone: **(84) 99827-0066**

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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: _____

Declara, 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 OU BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPEANÇA (conta de poupança aberta, mantida ou aberta) CONTA CORRENTE (de qualquer banco)

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

AGÊNCIA: **4398** **5** CONTA: **37995** **6** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Nome do BANCO: _____

Informar o endereço e a cidade: _____

Informar o número da agência: _____

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

Declaro, sob as penas da lei, que esta é minha declaração de ausência de invalidez para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.106/74).

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 reúne condições para fins do Seguro DPVAT;

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência reúne condições para fins do Seguro DPVAT;

Indico a apresentação de assim se o meu pedido for indeferido, desde que eu não tiver apresentado o pedido de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.106/74) e que eu não tiver apresentado o pedido de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.106/74) e que eu não tiver apresentado o pedido de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.106/74).

Declaro que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE UNICIDADE DOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTO

23 - Estado civil de última: Solteiro Casado (ou viúvo) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Gênero: Masculino Feminino 26 - Vítima de acidente de trânsito? Sim Não 27 - Sua vítima deixou algum herdeiro? Sim Não

28 - Vítima tem filhos? Sim Não 29 - Se tiver filhos, informar nome e datas de nascimento: _____ 30 - Vítima deixou algum herdeiro? Sim Não 31 - Vítima deixou algum herdeiro? Sim Não 32 - Se tiver herdeiros, informar nome e datas de nascimento: _____ 33 - Vítima deixou algum herdeiro? Sim Não

Estou ciente de que o Segurador não pagará, caso eu não apresentar a documentação necessária para comprovar a ocorrência do sinistro, a indenização do Seguro DPVAT por morte e que a declaração de ausência de invalidez não será considerada verdadeira se não for assinada por quem for o titular do Seguro DPVAT.

34 - Assinatura do quem assina o pedido (a vítima ou o representante legal): _____

35 - CPF legal de quem assina o pedido (a vítima ou o representante legal): _____

36 - Assinatura do quem assina o pedido (a vítima ou o representante legal): _____

37 - Assinatura do quem assina o pedido (a vítima ou o representante legal): _____

38 - Assinatura do representante legal (se houver): _____

39 - Assinatura do promotor (se houver): _____

40 - Local e Data: **Mossoró - RN 30/03/20**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Francinilton Costa da Silva**

42 - Assinatura do representante legal (se houver): _____

43 - Assinatura do promotor (se houver): _____

44 - Assinatura do representante legal (se houver): _____

45 - Assinatura do promotor (se houver): _____

46 - Assinatura do representante legal (se houver): _____

47 - Assinatura do representante legal (se houver): _____

48 - Assinatura do representante legal (se houver): _____



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

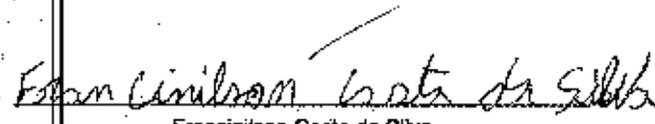
Nome Envolvido	Envolvimentos
Francinilson Costa da Silva	Proprietário

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 assinadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme prevista nos Artigos 338-Imputação 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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sistema ou ASL: _____ 3 - CPF do vítima: **060 458 184 07** 4 - Nome completo da vítima: **Francinilton Costa da Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDIMENTO MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSGP Nº 2445, 2012

5 - Nome completo: **Francinilton Costa da Silva**

7 - Profissão: **ASG** 8 - Cidregião: **Rua Josefa Xavier de Medeiros**

17 - Bairro: **Bom Jesus** 18 - Cidade: **Morrois** 19 - Estado: **CE**

15 - Email: **Não Possui** 20 - CPF do Representante Legal: **060 458 184 07**

21 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR LITURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 16 E 25 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, registrar no endereço 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\$1.500,00 R\$1.501,00 A R\$2.000,00 R\$2.001,00 A R\$2.500,00 R\$2.501,00 A R\$3.000,00 ACIMA DE R\$3.000,00

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

CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção): Conta Corrente (Indicar o banco)

Bradesco (237) Itaú (343) Banco do Brasil (004) Caixa Econômica Federal (141)

AGÊNCIA: **4398** **5** CONTA: **37995** **6** ASÊNCIA: _____ CORREA: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, o valor do prêmio e o reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e assumindo desde já a responsabilidade por esta declaração de conteúdo, sob pena de anulação do seguro DPVAT.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que não estou submetido a qualquer exame médico realizado pelo Instituto Médico Legal (IML) para fins de reconhecimento de incapacidade para o trabalho (art. 19, § 1º, da Lei nº 13.627/2018).

Não há IML que atenda a região do acidente ou do meu domicílio/residência, ou

O IML que atende a região do acidente ou do meu domicílio/residência não recebe perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou do meu domicílio/residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento do exame de meu perfil de incapacidade do Seguro DPVAT, na modalidade permanente, com base na documentação médica apresentada, desde que, em nenhum momento, eu não estiver submetido a exames médicos periciais. Caso necessário, os custos da Seguradora Líder para verificação da existência e atualização das fontes geradoras de incapacidade de trabalho cessarão, por motivo de fato, a partir da data de realização do exame médico pericial.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica no caso de anulação do contrato a avaliação médica, e não discordo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE UNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Cív.) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Gravidez/Parto com a vítima: Sim Não 26 - Vítima de ou com deficiência? Sim Não 27 - Se a vítima de ou com deficiência, informar o nome completo: _____

28 - Vítima tem filhos? Sim Não 29 - Se sim, informar nome(s) dos filhos: _____ 30 - Vítima de ou com deficiência? Sim Não 31 - Vítima tem filhos? Sim Não 32 - Se sim, informar nome(s) dos filhos: _____ 33 - Vítima de ou com deficiência? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por incapacidade permanente que eu apresentar, em conformidade com esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer erro ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade prevista por observação do artigo 200 do Código Penal.

34 - Assinatura legível da quem assina a perícia (a seguir): _____
35 - CPF legível de quem assina a perícia (a seguir): _____
36 - Assinatura de quem assina a perícia (a seguir): _____

37 - Nome: _____
38 - CPF: _____
39 - Nome: _____
40 - CPF: _____

41 - Assinatura do representante legal (depois): _____
42 - Assinatura da vítima/beneficiário (depois): _____
43 - Assinatura do Periciador (depois): _____

SISBA - SISTEMA DE INFORMACÖES BANCO DO BRASIL
18/01/2022 - Autoatendimento - 14:01:05
936070352 0070

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - CHEQUE

FAVORECIDO: FRANCINI SON COSTA SILVA
AGENCIA: 4391-5
CONTA: 37.995-6
VARIACAO: 51
VALOR *: 5,28
NR. ENVELOPE: 1.371.936.570

* Acolhido em: 16/01/2022, na Agência 9360-7

DECLARA O CLIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 24/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

VALOR SUJEITO A CONFERENCIA:

Depositos realizados durante o expediente
bancario serao conferidos e processados
ate as 20h59 do mesmo dia. Ap6s o expediente
bancario, aos sabados, domingos e feriados,
ate as 20h59 do primeiro dia util subsequente.

Cheques estao sujeitos aos prazos legais de
suspensao 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 Eletr6nica
Central de Atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regi6es metropolitanas)
ou 0800-725-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informa6es.

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100708/20

Vítima: FRANCINILSON COSTA DA SILVA

CPF: 060.458.184-07

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

Data do acidente: 21/12/2019

Titular do CPF: FRANCINILSON COSTA DA SILVA

CPF de: Próprio

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: Serviços Gerais, Data do Acidente: 21/12/19 Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 002.945.222, órgão expedidor Itap RN e do CPF: 060.458.184-04, residente no(a) Rua Josefa Xavier de Medeiros nº 59, bairro: Bom Jesus, município: Monte Belo / RN.

OUTORGADO:

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

Monte Belo - 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 - Monte Belo - RN - CEP: 59650-170 - Fone: (54) 3221-4557/3561-2066
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 (duas) testemunhas em Monte Belo - RN, em 06/01/2020 às 09:07:12

Selo Digital: RN20190099938002855711

Para consultar o selo, acesse <https://xncodigital.f3n.com.br>
ENDL: R\$ 2,83 PORCPN: R\$ 8,88
FDJ: R\$ 8,00255 No 8,14 FUNAF: R\$ 0,00

FRANCISCO ARAUJO FERNANDES - SUBSTITUÍDO



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 / 0091891330 / EXERCÍCIO 2019

FRANCILINDO COSTA / R. STIVA

074.592.424-70 / PLACA MXP4364

MXP4364 / CHASSI

HONDA / CG 150 TITAN / ANO MOD 2007 / COMBUSTÍVEL GASOLINA

067/149 CILINDROS / CAP/POT/CIL 150/16/100 / CATEGORIA PARTICULARES / ANO FAB 2007 / ANO MOD 2007 / SOU PREDOMINANTE ARRE

PREMIO TARIFARIO (R\$) 002807,95 / TAXAS DETRAN: PAGO

MOTOR: KGOB R1715B143

GOVERNADOR: FRANCILINDO COSTA / DATA 25/06/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS 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 / CNPJ 074.592.424-70 / RENAVAL 00918965039 / MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN 15 / ANO FAB 2007 / ANO MOD 2007 / PLACA MXP4364

PREMIO TARIFARIO / PMS (R\$) / CUSTO DO BILHETE (R\$) / PAGAMENTO PARCELADO

DETRAN (R\$) / COTA ÚNICA

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ: 08.248.689/0001-04

DETRAN

CDTRRN