



Número: **0804331-88.2020.8.20.5100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Assu**

Última distribuição : **17/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GENUCIA VICENTE FRANCO (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65509634	18/02/2021 09:05	2785295_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

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:	11/03/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENUCIA VICENTE FRANCO


BANCO: 104

AGÊNCIA: 00756

CONTA: 000000033771-7

Nr. da Autenticação 890A21FDF56DAB23



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA							
COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE RUA MERMOZ, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 08.324.196/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0		 www.cosern.com.br			Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 Ligações Gratuitas: -TELEATENDIMENTO COSERN: 116 -Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 -Ouvidoria 0800 084 0404 Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167 Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis		
DADOS DO CLIENTE FRANCISCO ANTONIO COSTA DA SILVA CPF: 065.373.344-54 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA PO PAI JOAO 34 PAI JOAO/ENTRONCAMENTO 59665-000 CARNAUBAIS RN <small>As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2019), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br</small>		DATA DE VENCIMENTO 26/12/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 108,01		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 18/12/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 18/12/2019 NUMERO DA NOTA FISCAL 034727862 Série: U		CONTA CONTRATO 007011883987 Nº DO CLIENTE 3011203781 Nº DA INSTALAÇÃO 0002092445	
		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico					
		RESERVADO AO FISCO A934.5E42.971A.9957.CB41.1837.C262.2985					
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL							
DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)			
Consumo Ativo(kWh)		144,00	0,64678863	93,13			
Acréscimo Bandeira AMARELA				1,48			
Acréscimo Bandeira VERMELHA				3,07			
Contrib. Ilum. Pública Municipal				8,13			
Multa por atraso-NF 033277084 - 18/11/19				1,69			
Juros por atraso-NF 033277084 - 18/11/19				0,39			
Atualização IGPM-NF 033277084 - 18/11/19				0,12			
TOTAL DA FATURA				108,01			
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
97,68	18,00	17,58	97,68	0,65	0,64	97,68	3,16
				3,08			
Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO					
Consumo Ativo(kWh)		9,30553000					
		kWh					
		DEZ 19 144					
		NOV 19 129					
		OUT 19 112					
		SET 19 182					
		AGO 19 100					
		JUL 19 80					
		JUN 19 94					
		MAI 19 87					
		ABR 19 91					
		MAR 19 105					
		FEV 19 163					
		JAN 19 98					
		DEZ 18 84					
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO							
R\$ %							
Geração de Energia		36,50 37,37					
Transmissão		3,82 3,91					
Distribuição (Cosern)		24,82 24,59					
Encargos Setoriais		5,58 5,71					
Tributos		21,32 21,63					
Perdas de Energia		6,44 6,58					
TOTAL		97,68 100					
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00099902011038178	CAT	18/11/2019 8.671,80	18/12/2019 8.215,90	30	1,00000	0,00	144,00
[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/01/2020]							
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES							
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL		
out/2019							
DIC-No.de horas sem Energia	PENDENCIA	8,00	10,88	21,17	42,34		
FIC-No.de vezes sem Energia		8,00	7,08	15,19	30,38		
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		8,00	5,88	0,00	0,00		
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico		Limite DICRI: 15,60					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 35,67							
<small>Toda a Condição pode sofrer a alteração nos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.</small>							
INFORMAÇÕES IMPORTANTES							
<p>Pague no ponto mais perto de você: drogaria santa isabel: pc: santa luzia, 08, centro / vizin: intimos: av abel alberto da fonsaca, 333, central. Para mais informações em: www.cosern.com.br.</p> <p>O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.</p> <p>Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em: www.aneel.gov.br.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pago, em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prox. mês.</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p>							
NÍVEL DE TENSÃO							
TENSÃO NOMINAL(V)		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)					
		MÍNIMO		MÁXIMO			
220		202		231			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA							
DESTAQUE AQUI							
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO			
007011883987	12/2019	108,01	26/12/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.			
PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			



17/02/2020

::Via para Pagamento de Conta de Energia



Dados do Cliente

FRANCISCO ANTONIO COSTA DA SILVA
 PX AO COMÉRCIO DE ANTONIO COBRA -
 PO PAI JOAO 34 -
 PAI JOAO/ENTRONCAMENTO -
 59665-000 CARNAUBAIS RN -

Atendimento ao Cliente

**COSERN - 116**

Atendimento 24 horas.

ANEEL - 167

Ligação gratuita de telefones fixos e móveis

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1348189653

Via para Pagamento

Nota Fiscal - Fatura/Conta de Energia Elétrica

Conta Contrato

007011883987

Nº da Nota Fiscal

036236653

Período de Fornecimento

18/12/2019 a 17/01/2020

Data da Nota Fiscal

17/01/2020

Valor Nota Fiscal (R\$)

R\$ 98,16

Data de Vencimento

24/01/2020

BANCO DO BRASIL S/A	001-9	Vencimento	24/01/2020	Agência/Cd. Cedente	3064-3/209344-8	Espécie	R\$	Quantidade	Valor do Documento	R\$ 98,16	(-) Desconto/abatimento
(-) Outras deduções		(+) Mora/multa p/ dia de atraso		(+) Outros acréscimos		Ficha de Caixa Autenticação Mecânica					
Nosso Número		Nº do Documento		Valor Cobrado							
32174760100344553		0500253571		R\$ 98,16							

ICMS - Base de cálculo: R\$ 0,00 Aliquota: 18,00 Valor do Imposto: R\$ 16,20

Destaque aqui

BANCO DO BRASIL S/A	001-9	00190.00009 03217.476013 00344.553177 4 81440000009816									
Local de Pagamento						Vencimento					
Pagável em qualquer Banco até o vencimento.						24/01/2020					
Cedente						Agência/Cód. Cedente					
Companhia Energética do Rio Grande do Norte						3064-3/209344-8					
Data Documento	Nº Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data process.	Nosso Número						
17/01/2020	0500253571		N		32174760100344553						
Uso Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	Valor do Documento						
	17	R\$			R\$ 98,16						

Instruções

- 1-Multa por atraso de pagamento: 2% a ser cobrada na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL.
- 2-Juros por atraso no pagamento: 1% a.m. a ser cobrado na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL.
- 3-Atualização Monetária - sobre IGPM - Res. 414/ANEEL de 09/09/10 a ser cobrado na próx. fatura.
- 4-Pagável nos canais de recebimento da rede bancária.
- 5-Usar a opção "TÍTULOS" para pagamento em caixas eletrônicos ou internet.

(-) Desconto/abatimento	
(-) Outras deduções	
(+) Mora/multa p/ dia de Atraso	
(+) Outros Acréscimos	
(=) Valor Cobrado	R\$ 98,16

007011883987

Sacado

FRANCISCO ANTONIO COSTA DA SILVA**06537334454**

Sacador/Avalista

PAGAMENTOS COM CHEQUE SOMENTE SERÃO CONSIDERADOS

QUITADOS APÓS COMPENSAÇÃO



Ficha de Compensação Autenticação Mecânica





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **51135 /2019**
Admissão: 03/06/2019 12:09:50

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: **41797 - GENUCIA VICENTE FRANCO** (27 a 11 m 16 d)
Nascimento: 17/06/1991 Natural: CANGUARETAMA BRASIL
CNS: 701207092225710 CPF: 09428311448
Mãe: GERUSA FRANCISCA FRANCO Prof. Sexo: F Cor: PARDA
Logradouro: PAI JOAO, 1 Pai: LUIZ VICENTE FRANCO
CEP: 59665000
Telefone: 84.99767409 Bairro: ZONA RURAL Cidade: CARNAUBAIS

Motivo (alegado pelo paciente): QUESA - MOTO
Origem: AMBULANCIA OUTRO

Tipo: REGULADO
*Empresa:

OBS: DRA GIDELE DOS REIS/ ASSU

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

Classificação:
03/06/2019 11:59:49

PESO:

Queixas: LUXAÇÃO DE OMBRO E
Hora:

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

(Handwritten notes in the history section)

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORÁRIO ASSINT.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 03/06/2019
SAME / ARQUIVO

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)
CID Proc. Data: / /19. Hr: Médico:
*Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS. Impresso em 03 de Junho de 2019.

Dr. Antonio Cavalcante Negreiros
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 1.181-RN



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES
2503689

4 - CNES
2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
GENUCIA VICENTE FRANCO (8 - 2894/2019)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
207912

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
701207092225710

8 - DATA DE NASCIMENTO
17/06/1991

9 - SEXO
Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
GERUSA FRANCISCA FRANCO

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
DDD 84 99767409

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
GENUCIA VICENTE FRANCO

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
DDD 84 99767409

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
PAI JOAO, 1/ - ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
CARNAUBAIS

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
240250

18 - UF
RN

19 - CEP
59665000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Gravidade da lesão
verificar com exames
de imagem e
laboratório

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Gravidade da

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Ex. físico e

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO SUPERIOR

24 - CID 10
PRINCIPAL
T02.2

25 - CID 10
SECUNDÁRIO

26 - CID 10
CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPI

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
308010019

29 - CLÍNICA
CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
2

31 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
13186183472

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
ANTONIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
03/06/2019

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR
980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

DATA RECEBIMENTO 03/06/2019

SINALET/ARQUIVO



Prontuário: 207912



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **GENUCIA VICENTE FRANCO** (Fia: 2894/2019), CPF:09428311448.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 03 de Junho de 2019.

CCIH - HRTM

DATA 14/06/19

Assinatura

Edsonide da Costa Silva
Paciente ou responsável

NOTA
DATA 14/06/19

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 02/12/2019
B.W.
SANE / ARQUIVO



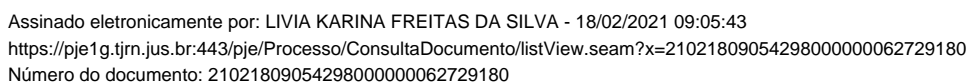


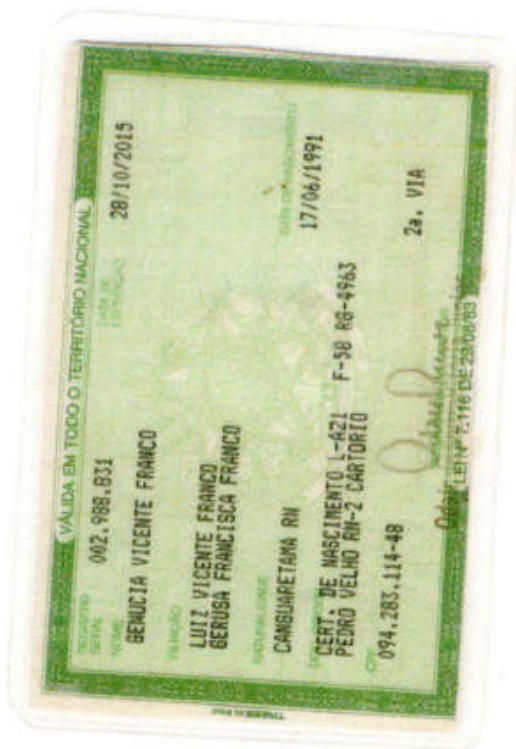
Nome: GENÚCIA VICENTE FRANCO Leito: PS 13

Nome: GENÚCIA VICENTE FRANCO Leito: PS 13

PRESCRIÇÃO

HOSPITAL REGIONAL TERESOPOLIS RJ
 SAME / ARQUIVO 02/12/2019
 B.W.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11705 // 00117 Nº 014244299153
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 00451939140 2019

FRANCISCO ANTONIO COSTA DA SILVA

065.373.344-54
PLACA NOB0491

ESPÉCIE TIPO: PARACETERO/MOTOCICLETA/VIA AEREA
MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN RS
CATEGORIA: 00V/124 CILINDRADAS
COMBUSTIVEL: GASOLINA
ANO FAB: 2012
ANO MOD: 2012

1 P R\$ 0,00 18/02/2019 1º PAGO
2 V PAUTA UNICA 2º PAGO
3 A 002044 3X R\$ ***** 3º PAGO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

ALTEA. FTD. EM FAVOR DE: 45.461.789/0001-54
ADMINISTRADORA DE COMERCIO NACIONAL HONDA LTDA
NOTOR: JC41810C8493396

CARNAUBAIS/RN
18/02/2019

RN Nº 014244299153 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU MÃO-DE-OBRA DO VEICULO

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

1 00451939140 2019 18/02/2019
065.373.344-54
PLACA NOB0491
MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN RS
CATEGORIA: 00V/124 CILINDRADAS
COMBUSTIVEL: GASOLINA
ANO FAB: 2012
ANO MOD: 2012

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO BILHETE (R\$)
CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO OUTRAGO
COTA UNICA
DATA DE OUTRAGO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.548.098/0001-04

SET/2019



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001650/20
Vítima: GENUCIA VICENTE FRANCO
CPF: 094.283.114-48
CPF de: Próprio
Data do acidente: 03/06/2019
Titular do CPF: GENUCIA VICENTE FRANCO
Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS 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
Outros

GENUCIA VICENTE FRANCO : 094.283.114-48

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: 02/01/2020
Nome: GENUCIA VICENTE FRANCO
CPF: 094.283.114-48

GENUCIA VICENTE FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2020
Nome: BRENO SANTANA DE ANDRADE
CPF: 106.762.784-77

BRENO SANTANA DE ANDRADE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001650/20

Número do Sinistro: 3200001637

Vítima: GENUCIA VICENTE FRANCO

CPF: 094.283.114-48

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 03/06/2019

Titular do CPF: GENUCIA VICENTE
FRANCO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

GENUCIA VICENTE FRANCO : 094.283.114-48

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: 18/02/2020
Nome: GENUCIA VICENTE FRANCO
CPF: 094.283.114-48

GENUCIA VICENTE FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: BRENO SANTANA DE ANDRADE
CPF: 106.762.784-77

BRENO SANTANA DE ANDRADE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200253117 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIAN JOSE FARIAS ROMERO **Data do acidente:** 05/12/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 1/2/6/15.
LAUDO DO IML NÚMERO 7212/219 - INCONCLUSIVO.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001650/20

Número do Sinistro: 3200001637

Vítima: GENUCIA VICENTE FRANCO

CPF: 094.283.114-48

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 03/06/2019

Titular do CPF: GENUCIA VICENTE
FRANCO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

GENUCIA VICENTE FRANCO : 094.283.114-48

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: 18/02/2020
Nome: GENUCIA VICENTE FRANCO
CPF: 094.283.114-48

GENUCIA VICENTE FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: BRENO SANTANA DE ANDRADE
CPF: 106.762.784-77

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, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200001637

Vítima: GENUCIA VICENTE FRANCO

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GENUCIA VICENTE FRANCO

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,

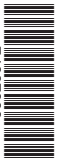
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15315249

Pag. 00143/00144 - carta_01 - INVALIDEZ

00020072





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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200001637

Vítima: GENUCIA VICENTE FRANCO

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GENUCIA VICENTE FRANCO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00413/00414 - carta_02 - INVALIDEZ

00060207



Carta nº 15347461



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 18/02/2021 09:05:43

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021809054298000000062729180>

Número do documento: 21021809054298000000062729180



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, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200001637 Vítima: GENUCIA VICENTE FRANCO

Data do Acidente: 03/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GENUCIA VICENTE FRANCO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
----------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00729/00730 - carta_03 - INVALIDEZ

00080385



Carta nº 15445946





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, 18 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200001637

Vítima: GENUCIA VICENTE FRANCO

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GENUCIA VICENTE FRANCO

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **GENUCIA VICENTE FRANCO**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000756**

Conta: **0000033771-7**

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:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

094.283.114-48

4 - Nome completo da vítima:

Genúcia Vicente Franco

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Genúcia Vicente Franco

6 - CPF:

094.283.114-48

7 - Profissão:

Agricultora

8 - Endereço:

Rua do Pai João

11 - Bairro:

Entrancamento

12 - Cidade:

Carmaux

15 - E-mail:

9 - Número:

34

10 - Complemento:

casa

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.665-000

16 - Tel.(DDD):

84-9-9864-1727

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

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ 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)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

23 - CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0756

CONTA:

33.771

7

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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)

☐

Divorciado

☐

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:

☐

Sim

☐

Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

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, Assinatura/RN 27-12-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200001637
Nome do(a) Examinado(a): Genucia Vicente Franco
Endereço do(a) Examinado(a): Povoado Pai Joao, 34
Entrancamento Caraubais RN CEP: 59665-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 002.988.831
Data local do acidente: [03/06/2019]
Data local do exame: [03/03/2020] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA COTOVELO ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: FRATURA COTOVELO ESQUERDO - IMOBILIZAÇÃO COM GESSO POR CERCA DE 60 DIAS.
FISIOTERAPIA
Data da Alta: 14/01/2020
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
COTOVELO E- DOR À MOBILIZAÇÃO. LIMITAÇÃO À FLEXÃO E EXTENSÃO DO COTOVELO E PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
COTOVELO E- DOR À MOBILIZAÇÃO. LIMITAÇÃO À FLEXÃO E EXTENSÃO DO COTOVELO E PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
COTOVELO - Lado Esquerdo | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input checked="" type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dra. Elizabeth Hillard Tonello
CPF - 045.150.159-40
CRM/RN - 9707





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CARNAUBAIS - CARNAUBAIS - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 073237/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora início do Registro: 26/12/2019 15:43 Data/Hora Fim: 28/12/2019 18:04
Delegado de Polícia: Valtair Camilo da Paiva

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia Municipal de Carnaubais

Data/Hora do Fato: 03/06/2019 07:00

Local do Fato

Município: Carnaubais (RN)

Logradouro: Sítio Casinha

Complemento: estrada carroçável

Bairro: zona rural

Tipo do Local: Zona Periurbana

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GENUCIA VICENTE FRANCO (VITIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Pedro Velho

Sexo: Feminino

Nasc: 17/06/1991

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Gerusa Francisca Franco

Nome do Pai: Luiz Vicente Franco

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 064.283.114-16

RG - Carteira de Identidade: 002988831

Endereço

Município: Carnaubais - RN

Logradouro: pai João/entroncamento

Bairro: zona rural

Telefone: (84) 9670-1419 (Celular)

Nº 34

Nome Civil: EDNILSON DA SILVA COSTA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Açú

Sexo: Masculino

Nasc: 28/03/1999

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: FRANCISCA ANTONIA DA COSTA SILVA

Nome do Pai: EDMILSON FERNANDES DA COSTA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 707.572.884-35

RG - Carteira de Identidade: 3502794

Endereço

Município: Carnaubais - RN

Logradouro: PAI JOAO

Complemento: CASA

Bairro: PAI JOAO- ENTRONCAMENTO

Nº 318

CEP: 59.085-000



Delegado de Polícia Civil: Valtair Camilo da Paiva
Impresso por: Gonçalo Freitas Nobre Neto
Data de Impressão: 26/12/2019 18:04
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 18/02/2021 09:05:43

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021809054298000000062729180>

Número do documento: 21021809054298000000062729180

Num. 65509634 - Pág. 20



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CARNAUBAIS - CARNAUBAIS - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 073237/2019

Telefone: (84) 9670-1419 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição motocicleta	CPF/CNPJ do Proprietário: 065.373.344-54
Placa NOB0491	Renavam 0045133E140
Número do Motor JC41E1C493395	Número do Chassi 9C2JC4110CR493395
Ano/Modelo Fabricação 2012/2012	Cor ROXA
UF Veículo Rio Grande do Norte	Município Veículo Carnaubais
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido, Meio Emprego	Última Atualização Denatran 08/02/2012
Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA	

Nome Envolvido

EDNILSON DA SILVA COSTA

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata a vítima que ia regar pela pista no garupa da motocicleta (já descrita, sentido Entrocamento/Carnaubais, conduzida pela testemunha mencionada, quando em determinado momento de forma repentina atravessou um animal (porco) não dando tempo desviar, colidiu com o animal e ambos caíram. A vítima sofreu fratura no braço esquerdo e o condutor apenas arranhões leves, informa que houve danos na motocicleta, especificamente no guidão, lanterna dianteira esquerda e alguns ráios. BO confeccionado para fins de DPVAT. Nada mais disse.

ASSINATURAS

Gonçalo Freitas Nobre Neto
Agente Policial
Matrícula 70.258-3
Responsável pelo Atendimento

Genucia Vicente Franco
Genucia Vicente Franco
(Comunicante - Vítima)

"O presente boletim de ocorrência é gerado automaticamente pelo sistema de registro de ocorrências e serve para fins de registro e controle interno da Delegacia Municipal de Carnaubais. Não é documento legal e não substitui o Boletim de Ocorrência emitido pelo Departamento de Polícia Civil do Estado do Rio Grande do Norte."*



Delegacia de Polícia Civil - Vítima: Comissão de Polícia
Impresso por: Gonçalo Freitas Nobre Neto
Data de Impressão: 28/12/2019 15:04
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 18/02/2021 09:05:43

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021809054298000000062729180>

Número do documento: 21021809054298000000062729180

Num. 65509634 - Pág. 21

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:

094.283.114-48

4 - Nome completo da vítima:

Genúcia Vicente Franco

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Genúcia Vicente Franco

6 - CPF:

094.283.114-48

7 - Profissão:

Agricultora

8 - Endereço:

Rua do Pai João

11 - Bairro:

Entrancamento

12 - Cidade:

Carmaux

15 - E-mail:

9 - Número:

34

10 - Complemento:

casa

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.665-000

16 - Tel. (DDD):

84-9-9864-1727

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

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ 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 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:

0756

CONTA:

33.771

7

AGÊNCIA:

CONTA:

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)

☐ Divorciado

☐ 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 (a 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

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, Assinatura/RN 27-12-2019

de Genúcia Vicente Franco

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

3





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **51135 /2019**
Admissão: 03/06/2019 12:09:50

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: **41797 - GENUCIA VICENTE FRANCO** (27 a 11 m 16 d) 20.79.12
Nascimento: 17/06/1991 Natural: CANGUARETAMA BRASIL
CNS: 701207092225710 CPF: 09428311448
Mãe: GERUSA FRANCISCA FRANCO Prof. Sexo: F Cor: PARDA
Logradouro: PAI JOAO, 1 Pai: LUIZ VICENTE FRANCO
CEP: 59665000 Bairro: ZONA RURAL Cidade: CARNAUBAIS
Telefone: 84.99767409 Compl: Cidade: CARNAUBAIS

Motivo (alegado pelo paciente): QUESA - MOTO
Origem: AMBULANCIA OUTRO

Tipo: REGULADO
*Empresa:

OBS: DRA GIDELE DOS REIS/ ASSU

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

Classificação:

03/06/2019 11:59:49

PESO:

Queixas: LUXAÇÃO DE OMBRO E
Hora:

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Exame físico realizado em 03/06/2019 às 12:09h. Paciente em bom estado geral, sem sinais de desidratação ou hipovolemia. Exame físico sem alterações. Exame de LUXAÇÃO DE OMBRO E.

Exame físico realizado em 03/06/2019 às 12:09h. Paciente em bom estado geral, sem sinais de desidratação ou hipovolemia. Exame físico sem alterações. Exame de LUXAÇÃO DE OMBRO E.

Diagn. Inicial: Fratura de humero

PRESCRIÇÃO:

VIA HORARIO ASSINT.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 03/06/2019

SAME / ARQUIVO

3030160197

505.2

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)
CID Proc. Data: / /19. Hr: Médico:
*Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS. Impresso em 03 de Junho de 2019.

Dr. Antonio Cavalcante Negreiros
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 1.181-RN

