



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
65509 634	18/02/2021 09:05	<u>2785295_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	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



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

Num. 65509634 - Pág. 1

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Grátis:

-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 Grátis de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Grátis 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

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

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

NÚMERO DA NOTA FISCAL
034727862

Série: U

CONTA CONTRATO
007011883987

Nº DO CLIENTE
3011293781

Nº DA INSTALAÇÃO
0002092445

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

A934.5E42.971A.9957.CB41.1837.C262.2985

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	144,00	0,64678863	93,13
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,48
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,07
Contrib. Bum. 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 IMPDSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
97,68	18,00	17,58	97,68	0,68	0,66	97,68	3,16	3,08

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,50583000

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
DEZ 19	144
NOV 19	129
OUT 19	112
SET 19	102
AGO 19	100
JUL 19	90
JUN 19	94
MAI 19	87
ABR 19	91
MAR 19	105
FEV 19	103
JAN 19	98
DEZ 18	84

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$ %

Gerador de Energia 36,50 37,37

Transmissão 3,82 3,91

Distribuição (Cosern) 24,92 24,59

Encargos Setoriais 5,58 5,71

Tributos 21,32 21,63

Paradas de Energia 6,44 6,38

TOTAL 97,68 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2019					

DIC-No.de horas sem Energia 0,00

FIC-No. de vezes sem Energia 0,00

DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua 0,00

DCRI-Duração de Interrupção em dia crítico 0,00

Límite DICRI: 16,60

EUSD-Valor do Encargo de Use = R\$ 38,67

Todos Consumidores podem consultar a operadora suas indicações DIC, FIC, DMIC e DCRI e quanto tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! drogaria santa isabel: pc santa luzia, 08, centro / vizu intimos: av abel alberto da fonseca, 333, centro lista completa em www.cosern.com.br.

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	235

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





Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1348189653

Via para Pagamento

Nota Fiscal - Fatura/Conta de Energia Elétrica

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

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 32174760100344553	Nº do Documento 0500253571	Valor Cobrado 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 8144000009816							
Local de Pagamento		Vencimento							
Págavel 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 17/01/2020	Nº Documento 0500253571	Espécie Doc. R\$	ACEITE N	Data process.	Nosso Número	32174760100344553			
Uso Banco	Carteira 17	Moeda R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento	R\$ 98,16			
(-) 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 N° 51135 /2019
Admissão: 03/06/2019 12:09:50

Paciente: 41797 - GENUCIA VICENTE FRANCO (27 a 11 m 16 d) **20.79.**
 Nascimento: 17/06/1991 Natural: CANGUARETAMA.BRASIL Sexo: F Cor: PARDA
 CNS: 70120709225710 CPF: 09428311448 Prof:
 Mãe: GERUSA FRANCISCA FRANCO Pai: LUIZ VICENTE FRANCO
 Logradouro: PAI JOAO, 1 Cidade: CARNAUBAIS
 CEP: 59665000 Compl:
 Telefone: 84.99767409 Bairro: ZONA RURAL
 Motivo: (anteriormente)

Compl: Cidad: **Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO**
Origem: AMBULANCIA OUTRO **Tipo: REGULADO**
*Empresa: **DRS - DRA. S...**

OBS: DRA GIDELE DOS REIS/ ASSU						*Empresa:			
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	Classificação: 03/06/2019 11:59:49		PESO:	
						F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
Queixas: HUXTACIO DE V									
HISTÓRIA EXAME									

Queixas: LUXAÇÃO DE OMBRO E	HISTÓRIA - EXAME FÍSICO		
Hora: _____	DATA	ANO	MESES
	06/10/93	1993	OUTUBRO
	DATA	ANO	MESES
	06/10/93	1993	OUTUBRO
agn. Inicial:	DATA	ANO	MESES
	06/10/93	1993	OUTUBRO
PRESCRIÇÃO:			

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC) FOR.2
CID _____ Proc. _____ Data: _____ / _____ /19. Hr: _____ : Médico: _____
*Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS. Impresso em 03 de outubro de 2014.
Carimbar)

*Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS. Impresso em 03 de Junho de 2019
Carimbado

Dr. Antonio Penteado da J. Negrão
ASSINAR E
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 1.181-BN



Sistema Ministro SUS único de da Saúde Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
Identificação do Estabelecimento de Saúde									
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA					2 - CNES 2503689				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA					4 - CNES 2503689				
Identificação do Paciente									
5 - NOME DO PACIENTE GENUCIA VICENTE FRANCO (8 - 2894/2019)					6 - N° DO PRONTUÁRIO 207912				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 70120709225710		8 - DATA DE NASCIMENTO 17/06/1991		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3		10 - RACA/COR PARDA			
11 - NOME DA MÃE GERUSA FRANCISCA FRANCO					12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 99767409		10.1 - ETNIA		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL GENUCIA VICENTE FRANCO					14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 99767409				
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) PAI JOAO, 1 / - ZONA RURAL									
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CARNAUBAIS		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 240250		18 - UF RN		19 - CEP 59665000			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Gripe <input checked="" type="checkbox"/> Fiebre <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Vertigo <input checked="" type="checkbox"/> Dolor <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/>									
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO Gripe <input checked="" type="checkbox"/> Fiebre <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/>									
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Ex. - <input checked="" type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/>									
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.			
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 - N° 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 (N° REGISTRO DO CONSELHO)					
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO									
39 - CNPJ DA SEGURADORA LIGNEY LINO DE OLIVEIRA		40 - N° DO BILHETE		41 - SÉRIE					
42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CBO					
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR LIGNEY LINO DE OLIVEIRA		47 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR		52 - N° AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
48 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF		49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR 980016001835565		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 03/06/2019					
51 - ASSIN. E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO)		52 - N° AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR		53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 03/06/2019					
54 - SÉRIE / ARQUIVO B1K									

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

Edilson da Costa Silva
Paciente ou responsável

DATA 14/06/19

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME A ORIGEM
SAME MOSSORÓ 02/02/2019

BIM
SAME/ARQUIVO





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

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: GENCIA VIRENTE FRANCO Leito: PS 13

PACIENTE FRANCISCO Leito: PS 13	
DATA	DR PINHEIRO EVOLUÇÃO
qui. 06	= FRAS. 80 COTAXEW E
06-2019	
14/6/0	PACIENTE c/ CADOO A 14 E INSCRIÇÃO NO SISREG.
	LIBERADO P/ INTERNAÇÃO NO MUNICÍPIO DE ORIGEM -

PRESCRIÇÃO

UNESCO DIGITAL LIBRARIES

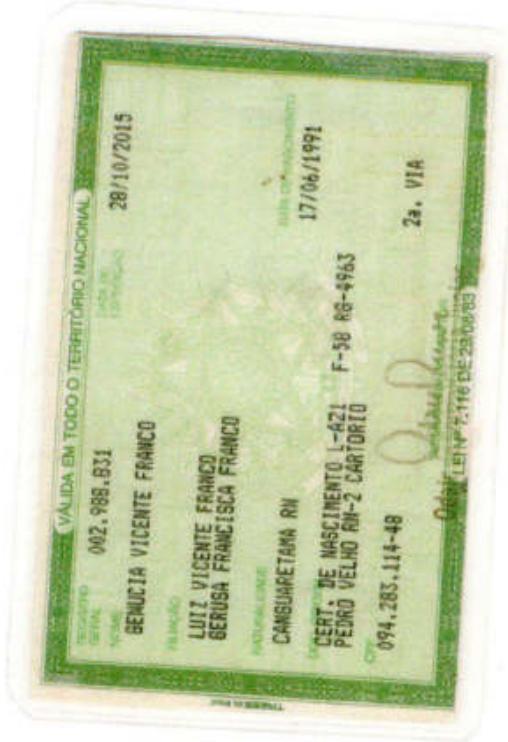
100% AUTHENTIC
100% ORIGINAL

SAME...JULY 20, 1919

Sign

SAME / ARQUIVO







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=2102180905429800000062729180>
Número do documento: 2102180905429800000062729180

Num. 65500634 Pág. 9

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GENUCIA VICENTE FRANCO

BRENO SANTANA DE ANDRADE



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

Num. 65509634 - Pág. 10

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001650/20

Número do Sinistro: 3200001637

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GENUCIA VICENTE FRANCO

BRENO SANTANA DE ANDRADE



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

Num. 65509634 - Pág. 11

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 URNA 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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GENUCIA VICENTE FRANCO

BRENO SANTANA DE ANDRADE



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

Num. 65509634 - Pág. 13



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, contados 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



00113/00111 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 18/02/2021 09:05:43
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102180905429800000062729180>
Número do documento: 2102180905429800000062729180

Num. 65509634 - Pág. 14



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: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GENUCIA VICENTE FRANCO

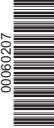
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise 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

Num. 65509634 - Pág. 15



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.

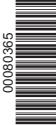
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00729/00730 - carta_03 - INVALIDEZ



00080365

Carta nº 13445946



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

Num. 65509634 - Pág. 16



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, retorno 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 os(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE		<input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:		4 - Nome completo da vítima:			
094.383.334-48		Genevieve 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:		6 - CPF:		7 - Profissão:		8 - Endereço:	
Genevieve Vicente Franco		094.383.334-48		Agriultora		Policlínico Pai João	
11 - Bairro:		9 - Número:		10 - Complemento:		12 - Cidade:	
Entroncamento		34		cas		eurnaubais	
15 - E-mail:		13 - Estado:		14 - CEP:		16 - Tel. (DDD):	
		RN		59.665-000		84-9-9864-5727	
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:							
21 - DADOS BANCÁRIOS:		<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO		<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)							
AGÊNCIA: 07-56		CONTA: 33.771		7		(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)	
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 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:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:		30 - Vítima deixou nascituro (Vitrinsoz)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 Impresso digital da vítima ou beneficiário não atingido		35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)		38 - 1º Nome: _____ CPF: _____		Assinatura da testemunha	
		36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)		39 - 2º Nome: _____ CPF: _____		Assinatura da testemunha	
		37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)				Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data, _____ 27-12-2019 e Genevieve Vicente Franco		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		43 - Assinatura do Procurador (se houver)		TESTEMUNHAS	
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 João, 34
Entrancamento Carnaubais 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?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)

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 (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

COTOVELO - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

Elizabeth Fillard Tonello
Dra. Elizabeth Fillard 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: 28/12/2019 15:43 Data/Hora Fim: 28/12/2019 16:04
Delegado de Polícia: Valter Camilo de 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 caroçável

Bairro: zona rural

Tipo do Local: Zona Periurbana

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

EN VOLVIDO(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: 094.283.114-18	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 - Açu	Sexo: Masculino	Nasc: 28/03/1999
Estado Civil: Solteiro(a)				
Nome da Mãe: FRANCISCA ANTONIA DA COSTA SILVA				
Documento(s)				

Endereço

Município: Carnaubais - RN
Logradouro: PAI JOAO
Complemento: CASA
Bairro: PAI JOAO- ENTRONCAMENTO

Nº 318

CEP: 59.185-000



Delegado de Polícia Civil: Valter Camilo de Paiva
Impresso por: Górcia Emilia Nobre Neto
Data de Impressão: 28/12/2019 16:04
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://pje1.g.tjrn.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: Véiculo	Subgrupo: Motocicleta/Motorizada
Descrição: motocicleta	CPF/CNPJ do Proprietário: 066.373.344-54
Placa: NOB0491	Renavam: 00461938140
Número do Motor: JC41E1C493395	Número do Chassi: 9C2JC4110CR493396
Ano/Modelo Fabricação: 2012/2012	Cor: ROXA
UF Véiculo: Rio Grande do Norte	Município Véiculo: Carnaubais
Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS	Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS
Véiculo Adulterado?: Não	Quantidade: 1 Unidade
Situação: Envolvido, Não Empregado	Última Atualização: 08/02/2012
Situação do Véiculo: ALIENACAO FIDUCIARIA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
EDNILSON DA SILVA COSTA	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata a vítima que trazia gorda pela pista na garupa da motocicleta já descrita, sentido Encanto/Carnaubais, condutora, quando em determinado momento de forma repentina atravessou um animal (porco) não aranhões leves, informa que houve choque na motocicleta, especificamente no guidão, lanternas dianteira esquerda e alguns raios. BO confeccionado para fins de DPVAT. Nada mais disse.

ASSINATURAS

Gonçalo Freitas Nobre Neto
Agente de Polícia
Matrícula: 794266-3
Responsável Pelo Abastecimento

Ganucia Vicente Franco

(Comunicante e Vítima)

"Declaro que os dados ali constados são verdadeiros e que fui responsável pelo atendimento ao Sr. Gonucia Vicente Franco, e que fui comunicado e autorizado a elaborar o boletim de ocorrência e encaminhar para a Delegacia de Carnaubais, para o Delegado de Carnaubais de Conselheiro de Cícero, Rio Grande do Norte."



Delegado da Polícia Civil: Vicente Franco
Impresso por: Gonçalo Freitas Nobre Neto
Data de Impressão: 20/02/2019 15:54
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.tjrn.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:

094.383.334-48

4 - Nome completo da vítima:

Genecia Vicente Franco

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Genecia Vicente Franco

7 - Profissão:

Agricultora

8 - Endereço:

Pôr do Pôr do sol

11 - Caimo:

Entrancamento

12 - Cidade:

eunápolis

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

84

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

 REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0756

CONTA: 33.771

AGENCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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 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 (varíascer)?

 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 (se não possuir assinatura)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (à rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (à rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (à rogo)

 38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

 39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Assin. /RN 27-12-2019

a Genecia Vicente Franco

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 51135 /2019
Admissão: 03/06/2019 12:09:50

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE 2079.

Paciente: 41797 - GENCIA VICENTE FRANCO (27 a 11 m 16 d)
 Nascimento: 17/06/1991 Natural: CANGUARETAMA-BRASIL Sexo: F Cor: PARDA
 CNS: 70120709225710 CPF: 09428311448 Prof.
 Mãe: GERUSA FRANCISCA FRANCO Pai: LUIZ VICENTE FRANCO
 Logradouro: PAI JOAO, 1 CEP: 59665000 Bairro: ZONA RURAL Cidade: CARNAUBAIS
 Telefone: 84.99767409 Compl:
 Motivo: (alegada pelo paciente)

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
Origem: AMBULANCIA OUTRO **Compl:** **Cidad:**
Tipo: REGULADO
***Empresa:**

OBS: DRA GIDELE DOS REIS/ ASSU						*Empresa:		
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	Classificação: 03/06/2019 11:59:49	PESO:	
							Glasgow	RTS
Queixas: HUXTACIO DE VENUS								
HISTÓRIA EXAMINADA:								

Queixas: LUXAÇÃO DE OMBRO E	HISTÓRIA - EXAME FÍSICO		
Hora: _____	DATA	ANO	MESES
	06/08/93	1993	AGO
	DATA	ANO	MESES
	06/08/93	1993	AGO
agn. Inicial:	DATA	ANO	MESES
	06/08/93	1993	AGO
PRESCRIÇÃO:			

PACIENTE:		
Nome:	Sexo:	Idade:
Flávia	F	25
DIAGNÓSTICO:		
Sintomas de infarto agudo do miocárdio.		
TRATAMENTO:		
Medicamentos: Aspirina 300mg, Nitroglicerina 300mcg, Furosemida 40mg, Metformina 500mg, Insulina 10U, Paracetamol 1g.		
Procedimentos: Monitorização cardíaca, ECG, USG cardíaca, Rx de tórax.		
Internamento: Paciente foi admitida para a UCI com suspeita de infarto agudo do miocárdio.		
SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: ()		
CID: Proc.:		
Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTI		

*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 outubro de 2018.
Carimbar)

*Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS. Impresso em 03 de Junho de 2013.

Dr. Antonio Pinto de A. Neto
Assinatura
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 1.181-BN

