



Número: **0803833-09.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **28/07/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAO TARGINO DA SILVA (AUTOR)	MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34695 282	24/09/2020 09:23	<u>2752387_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



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: 3200009164 Vítima: JOAO TARGINO DA SILVA

Data do Acidente: 28/10/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO TARGINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, 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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15348015



330 01769/01770 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 09:23:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092409234772100000033169687>
Número do documento: 20092409234772100000033169687

Núm. 34695282 - Pág. 1



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, 11 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200009164 Vítima: JOAO TARGINO DA SILVA

Data do Acidente: 28/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOAO TARGINO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00969/00970 - carta_11 - INVALIDEZ



00020485



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 09:23:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092409234772100000033169687>
Número do documento: 20092409234772100000033169687

Num. 34695282 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 022608 964 99
4 - Nome completo da vítima: JOÃO TARGINO DA SILVA

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

5 - Nome completo: João Targino da Silva
6 - CPF: 022.608.964-99
7 - Profissão: Agente de limpeza
8 - Endereço: Rua Maria Ana Nunes
9 - Número: 733
10 - Complemento:
11 - Bairro: Nucurupá
12 - Cidade: João Pessoa
13 - Estado: PB
14 - CEP: 58066-138
15 - E-mail: cintia_globo@hotmail.com
16 - Tel.(DDD): 933312036

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:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Aspire uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA: 012-0142
(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir 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 em tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e semento 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 por invalidez permanente, uma vez que assinalar uma das opções:

- 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.

Pelo motivo assinalado, sou eu o proseguidor da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, de sou já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei b, 194/74, art. 3º, §1º declarando que esta autorização não significa previsão contrária com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde da sua constatação.

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 vítima: Sim Não 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar se vive filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou nascido(vivendo)? Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar se vive irmãos? Sim Não 33 - Vítima deixou pais/vivos/vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso desça, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição. Estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 29º do Código Penal.

34 35 - Nome legível de quem assina a régo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a régo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a régo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa, 02 de junho de 2020

João Targino da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 13082.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13082.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:13 horas do dia 12 de novembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Rochelle Bezerra Rocha, Agente de Investigação, matrícula 1820354, ao final assinado, compareceu **João Targino da Silva**, CPF nº 022.608.964-99, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Agente de Limpeza, filho(a) de Severina dos Santos Silva e José Targino da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/06/1974 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria Ana Nunes, Nº 733, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Ponto Final 118, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98824-9449.

Dados do(s) Fatos:

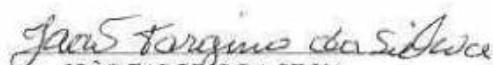
Local: Girador, Conde/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/10/19 05:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO (COLISÃO MOTO X ANIMAL) QUANDO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA 125, COR AZUL, DE PLACA KGY-5577/PB, CHASSI 9C2JC30102R209727; QUE O NOTICIANTE/VÍTIMA SOFREU LESÕES, SENDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO, PELO SAMU, AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, SENDO DEPOIS ENCAMINHADO AO COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY; QUE ESTE ÚLTIMO HOSPITAL EMITIU LAUDO MÉDICO, ASSINADO PELO MÉDICO KLÉNIO F. DA NOBREGA, CRM/PB 11.094; QUE CONSTA NO LAUDO O CID S42; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA A FIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO, FICANDO DESDE JÁ CIENTE E ORIENTADO DE QUE DEVE COMPARECER A DELEGACIA DA ÁREA PARA QUE O PROCEDIMENTO CABÍVEL SEJA INSTAURADO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 12 de novembro de 2019.


JOÃO TARGINHO DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 13082.01.2019.1.00.401

1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL: **022608 96499** 3 - CPF da vítima: **022608 96499** 4 - Nome completo da vítima: **JOSÉ TARGINO DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **José Targino da Silva** 6 - CPF: **022.608.964-99**
 7 - Profissão: **Agente de limpeza** 8 - Endereço: **Rua Maria Ana Nunes** 9 - Número: **733** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **Nicaragua** 12 - Cidade: **João Pessoa** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **58066-138**
 15 - E-mail: **entrega_globo@hotmail.com** 16 - Tel.(DDD): **933312036**

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:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Aspire uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

22 - CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA: **2340** CONTA: **012-0142** (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir 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 em tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e semento 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 por Invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

- 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.

Pelo motivo assinalado, sou ciêto e prossigoamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desse já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei b, 194/74, art. 3º, §1º declarando que esta autorização não significa previsão contrária com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde da sua constatação.

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 vítima: 26 - Vítima deixou(a) companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou(a) companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou(a) nascituro(nascido)? Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou(a) pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso desça, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição. Estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 296 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a régo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a régo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a régo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a régo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 912/007, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2594323, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente JOAO TARGINO DA SILVA, idade 45 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 28/10/2019, na PB 008, nas proximidades da Casa rosa, Bairro: Carapibus - Conde - aproximadamente às 06:04 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 04 de Dezembro de 2019.

Marina Travassos Lopes
Estatística - SAME
SAMU 192 Regional João Pessoa
Mat. 67.574-8


Marina Travassos Lopes
Mat. 67.574-8
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Águas Claras – Centro
Fone SAME: (83) 3221-1221
– João Pessoa – PB



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME JOAO TARGINO DA SILVA				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 45	SEXO: MASC	COR:	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF. 03	LEITO: 116
DATA DE ADMISSÃO: 02/11/2019		DATA DE ALTA: 09/11/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura clavícula D + escápula D</i>				CID S42	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Radiografia x demonstrando fratura consolidada</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLÓGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/>
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) Paciente portador(a) de <i>Fratura clavícula D + escápula D</i> foi submetido a tratamento conservador. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação analgésica e/ou antibiótica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: ciprofloxacino					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para descompressão. Dr. Kien Moreira CRM 11.094 PB Ortopedia e Traumatologia					
09/11/2019		ASS. MÉDICO / C.R.M			
DATA					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					





PREScrição MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA

Paciente: _____ Data: _____

Clinica: _____ Enfer: _____ Leito: _____ Prontoário: _____

SEPARADO POR:

MÉDICO:

FARMACÊUTICO:

MATERIAIS DESCARTAVEIS / MEDICAMENTOS				
DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	DISCRIMINAÇÃO
Cateter para Oxigênio		Torreirinha 3 Vias		Extensor 2 Vias
Seringa 1cc		Coletor Fechado		Lâmina n°
Seringa 3cc		Coletor Aberto		Lidocaína com Vaso
Seringa 5cc		Jelco n°		Lidocaína sem Vaso
Seringa 10cc		Equipo Parenteral		OUTROS
Seringa 20cc		Equipo Microgotas		
Sonda Uretral n°		Intracath n°		-
Sonda Vesical n°		Equipo Macrogotas		
Sonda Naso Gástrica n°		Scalp n°		
Sonda Naso Enteral n°		Fraida Tam.		
Sonda Endotraqueal n°		Luva Proced. Tam.		
Máscara descartável		Luva estéril n°		
Ataduar de Crepon n°		Eletrodo: Adutlo / Infantil		
Fio Mononylon n°		Coletor p/ Incont. Urinária		
Fio de Algodão n°		Algodão Ortopédico		

PREENCHIDO POR:

RECEBIDO POR:

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoas, PB





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL: **022608 96499** 3 - CPF da vítima: **022608 96499** 4 - Nome completo da vítima: **JOSÉ TARGINO DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **José Targino da Silva** 6 - CPF: **022.608.964-99**
 7 - Profissão: **Agente de limpeza** 8 - Endereço: **Rua Maria Ana Nunes** 9 - Número: **733** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **Nicaragua** 12 - Cidade: **João Pessoa** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **58066-138**
 15 - E-mail: **entrega_globo@hotmail.com** 16 - Tel.(DDD): **933312036**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA):

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Aspire uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA: **2340** CONTA: **012-0142** (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir 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 em tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e semento 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 por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

- 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.

Pelo motivo assinalado, sou eu o proseguidor da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, de sou já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei b, 194/74, art. 3º, §1º declarando que esta autorização não significa previsão contrária com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde da sua constatação.

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 vítima: 26 - Vítima deixou(a) companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou(a) companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou(a) nascituro(nascido)? Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou(a) pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso desça, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição. Estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 29º do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a régo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a régo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a régo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a régo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 912/007, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2594323, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente JOAO TARGINO DA SILVA, idade 45 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 28/10/2019, na PB 008, nas proximidades da Casa rosa, Bairro: Carapibus - Conde - aproximadamente às 06:04 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 04 de Dezembro de 2019.

Marina Travassos Lopes
Estatística - SAME
SAMU 192 Regional João Pessoa
Mat. 67.574-8

Marina Travassos Lopes
Mat. 67.574-8
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Águas Claras – Centro
Fone SAME: (83) 3221-1221
– João Pessoa – PB



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME JOAO TARGINO DA SILVA				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 45	SEXO MASC	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF. 03	LEITO: 116
DATA DE ADMISSÃO: 02/11/2019		DATA DE ALTA: 09/11/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura clavícula D + escápula D</i>				CID <i>S42</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Radiografia x demonstrando fratura consolidada</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLÓGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/>
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) Paciente portador(a) de <i>Fratura clavícula D + escápula D</i> foi submetido a tratamento conservador. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação analgésica e/ou antibiótica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: ciprofloxacino					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para descompressão Dr. Kien Moreira CRM 11.094 PB Ortopedia e Traumatologia					
09/11/2019		DATA ASS. MÉDICO / C.R.M			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					





PREScrição MÉDICA - DOSE INDIVIDUALIZADA

Paciente: _____ Data: _____

Clinica: _____ Enfer: _____ Leito: _____ Prontoário: _____

SEPARADO POR:

MÉDICO-

FARMACÊUTICO:

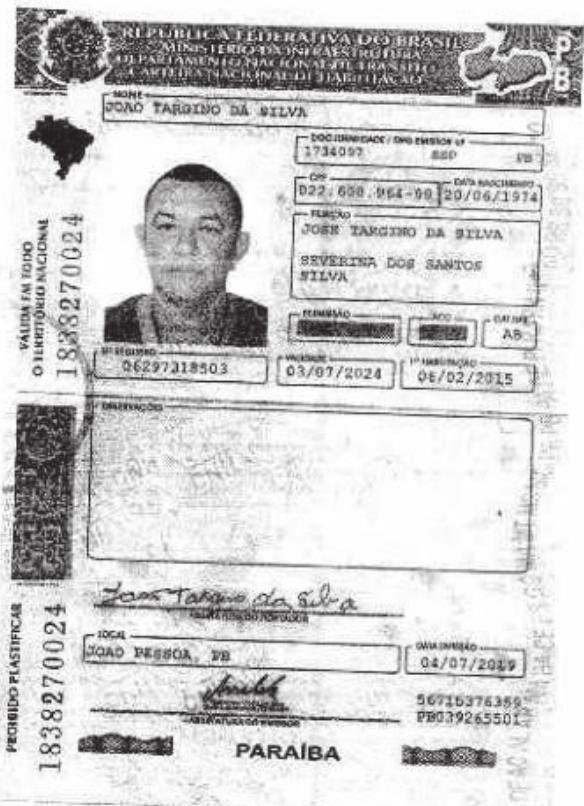
MATERIAIS DESCARTAVEIS / MEDICAMENTOS				
DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	DISCRIMINAÇÃO
Cateter para Oxigênio		Torreirinha 3 Vias		Extensor 2 Vias
Seringa 1cc		Coletor Fechado		Lâmina n°
Seringa 3cc		Coletor Aberto		Lidocaína com Vaso
Seringa 5cc		Jelco n°		Lidocaína sem Vaso
Seringa 10cc		Equipo Parenteral		OUTROS
Seringa 20cc		Equipo Microgotas		
Sonda Uretral n°		Intracath n°		
Sonda Vesical n°		Equipo Macrogotas		
Sonda Naso Gástrica n°		Scalp n°		
Sonda Naso Enteral n°		Fraida Tam.		
Sonda Endotraqueal n°		Luva Proced. Tam.		
Máscara descartável		Luva estéril n°		
Ataduar de Crepon n°		Eletrodo: Adutto / Infantil		
Fio Mononylon n°		Coletor p/ Incont. Urinária		
Fio de Algodão n°		Algodão Ortopédico		

PREENCHIDO POR:

RECEBIDO POR:

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 09:23:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092409234772100000033169687>
Número do documento: 20092409234772100000033169687

Num. 34695282 - Pág. 13

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013931392090
DEN. RENAVAM 007840258144 EXERCÍCIO 2018

PLACA KGY5577/PB
CHASSI 9C2JC3U02R29727

COMBUSTÍVEL GASOLINA

VIAFONTEL 03260896499

MARCA / MODELO HONDA CG 125 ITIAN KS

CATEGORIA C1

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO 007840258144

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO 9C2JC3U02R29727

DATA DE PAGAMENTO 20/06/2018

PRÉMIO TARIFÁRIO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

ASSINATURA

DATA 20/06/2018

DATA 20/06/2018

BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EM 20/06/2018

PLACA KGY5577

VIAFONTEL 03260896499

MARCA / MODELO HONDA CG 125 ITIAN KS

ANEXO 007840258144

CHASSI 9C2JC3U02R29727

PRÉMIO TARIFÁRIO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CUSTO DO SEGURO

SEGURADOR

PAGAR

DIA DE QUEM PAGOU 20/06/2018

CUSTO DO BILHETE (RS)

PAGAMENTO

COTA UNICA

PARCELADO

CNPJ 05.246.508/0001-04

2018-6-2206404-201807630



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008331/20

Vítima: JOAO TARGINO DA SILVA

Data do acidente: 28/10/2019

CPF: 022.608.964-99

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO TARGINO DA SILVA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL 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

JOAO TARGINO DA SILVA : 022.608.964-99

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: 08/01/2020
Nome: JOAO TARGINO DA SILVA
CPF: 022.608.964-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOAO TARGINO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 09:23:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092409234772100000033169687>
Número do documento: 20092409234772100000033169687

Num. 34695282 - Pág. 15