



Número: **0800532-46.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **15/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO (AUTOR)	CAMILLA EMANUELLE LISBOA DA COSTA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31798 189	25/06/2020 13:52	<u>2727048_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161264/19

Número do Sinistro: 3190322718

Vítima: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

CPF: 016.626.184-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/08/2017

Titular do CPF: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO : 016.626.184-09

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/06/2019

Nome: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO
CPF: 016.626.184-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 13:52:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062513522894000000030487524>
Número do documento: 20062513522894000000030487524

Num. 31798189 - 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, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190322718

Vítima: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

Data do Acidente: 22/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

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

Pag. 01245/01246 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 14307961



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 13:52:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062513522894000000030487524>
Número do documento: 20062513522894000000030487524

Num. 31798189 - Pág. 2



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, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190322718

Vítima: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

Data do Acidente: 22/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

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

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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. 00167/00168 - carta_03 - INVALIDEZ



00060084

Carta nº 14308091



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, 20 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190322718 **Vítima: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO**

Data do Acidente: 22/08/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000737

Conta: 00000102233-3

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

00010771




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE CAMPINA GRANDE
CNPJ 09.365.545/0001-76



8º. Cartório do Ofício de Notas

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

14 MAIO 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BEL. PEDRO OLIVEIRA DE LUCENA
TABELIÃO

LIVRO: 044
FLS: 044/V
TRASLADO: 1º

ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA QUE FAZ: **EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO**, na forma abaixo:

S A I B A M quantos este público instrumento de *Escritura de Declaratória*, virem que aos Dezenove Dias do Mês de Novembro do Ano de Dois Mil e Dezoito (19.11.2018), nesta cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba, neste Cartório, perante mim Tabelião Público, compareceram, a saber: como Outorgante (s) e Reciprocamente Outorgado (s): **EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO**, Brasileiro, Solteiro, Profissão não Informada, portador da Carteira de Identidade nº 3.843.178 2ª Via SSDS/PB e CPF 016.626.184-09, residente na Rua: Manaus – nº 671 – Ana Amélia – Campina Grande – PB, meu (s) conhecido (s), identificado (s) a vista do (s) documento (s) apresentado (s), do que de tudo dou fé, e pelo (s) declarante (s) acima referido (s) e qualificado (s) me foi declarado o seguinte: Que: **NÃO** é ALFABETIZADO; Que: É beneficiário do valor referente a indenização/reembolso do seguro DPVAT, por ter sido vítima de acidente de trânsito; Que: **NÃO** possui Comprovante de Residência em seu nome. Que: **AUTORIZA** a Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT a efetuar o crédito na conta 00102233-3 Op. 013 Agência 0737 Caixa Econômica Federal de sua titularidade. Que: Uma vez efetuado a pagamento do crédito da indenização de acordo com as informações prestadas, reconhece o recebimento e da como quitada o valor da referida indenização. Que: encontra-se impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal – IML para fins de requerimento da indenização do seguro DPVAT (Lei 6.194/94), uma vez que o estabelecimento do IML local esta realizando perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido, e com o objetivo de permitir a análise do meu pedido de indenização do seguro DPVAT, solicito que esta declaração permita o prosseguimento e a análise da documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal, concordando, desde logo, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação de grau e lesão, para fins do parágrafo 1º do art. 3º da Lei 6.194/74. Declara ainda, estar ciente de que a

Rua: Marquês do Herval – nº 83 – Centro. CEP: 58.400-087.
Fone/fax: 0(XX)-83-3341-6085 email: cartorio8cgde@hotmail.com





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE CAMPINA GRANDE
CNPJ 09.365.545/0001-76

8º. Cartório do Ofício d

BEL. PEDRO OLIVEIRA DE LUCENA
TABELIÃO

autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-lo, caso o conteúdo. Que: as declarações aqui prestadas são a expressão responsabilizando-se civil e criminalmente pelas mesmas nos termos do Código Penal. Que: Compromete-se a ressarcir quaisquer Seus prejuízos decorrentes desta escritura. E, de como assim o disse, do qual pediu e lhe lavrei a presente Escritura a qual sendo lida em alto e balele Outorgante, achou tudo conforme e aceitou e deixando sua impressão por não ser alfabetizado, assinando a rogo do Outorgante: *Irenece Silva, Brasileira, Viúva Do Lar, portadora da Carteira de Identidade 2ª Via SSP/PB e CPF 601.321.324-00. Campina Grande - PB, 19 de 2018. Em Testemunho () da Verdade. Eu, Pedro Oliveira de Lucena - Tabelião - digitei e assino. Emolumentos 47,40; Farpem R\$ 28,22; FEPJ R\$ 8,72; ISS R\$ 2,37; MP R\$ 0,00; 59,25. "Selo Digital: AHR22647-7RT6 Consulte a autenticidade no site: <https://selodigital.tjpb.jus.br>"*

Rua: Marquês do Herval - n° 83 - Centro. CEP: 58.400-087
Fonefax: 0(XX)-83-3341-6085 email: cartorio8cgde@hotmail.com





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	016.626.184-09	EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO		CPF: 016.626.184-09	
Profissão: APRESENTADO	Endereço: RUA MANAUS	Número: 671	Complemento: CASA
Bairro: ROCHA CAVALCANTE	Cidade: CAMPINA GRANDE	Estado: PB	CEP: 58440-000
E-mail:		Tel. (DDD): (83) 99647-2868	

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de ressarcimento 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, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve Filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: **JOÃO PESSOA, 03/06/2019**
 Nome: **EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS**
 CPF: **016.321.004-78**
Expedito de Oliveira Santos
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: **IRENE FAUSTINO da Silva**
 CPF: **601.331.324-00**
Irene Faustino da Silva
 Assinatura

2º | Nome: **EDILENE TAVARES da Costa**
 CPF: **049.340.264-01**
Edilene Tavares da Costa
 Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00309.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 22/08/2017

Hora: 21:42:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua- Pedro I, São José, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

COMUNICANTE	Nome: Expedito de Oliveira Santos
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria Ceci de Oliveira Santos e José Vicira dos Santos
	Idade: 59 Data de Nascimento: 18/07/1958 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Aposentado
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 206.321.004-78
VITIMA	Endereço: Rua- Manaus, 671, Rocha Cavalcante, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Telefone: (83) 98857-8823
	Nome: Expedito de Oliveira Santos Filho
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria Salete de Oliveira Santos e Expedito de Oliveira Santos
	Idade: 28 Data de Nascimento: 30/07/1989 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande



Procedimento Policial: 00309.01.2017.2.00.420

1/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 13:52:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062513522894000000030487524>
Número do documento: 20062513522894000000030487524

Num. 31798189 - Pág. 8

TESTEMUNHA	Nome: Irenece Faustino da Silva Conhecido por: Não informado Filiação: Maria Zélia de Souza e Inácio Faustino da Costa Idade: 51 Data de Nascimento: 01/07/1966 Identidade de Gênero: Feminino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Alagoa Nova Estado Civil: viúvo(a) Escolaridade: Não informado Profissão: do Lar Documentos(s) de Identificação: CPF nº 601.321.324-00 Endereço: Rua- Mari Nerci Barbosa da Silva,55, Rocha Cavalcante, Campina Grande Complemento: Não informado Telefone: (83) 98869-8785
	Nome: Maria Grimar Fernandes da Conceição Conhecido por: Não informado Filiação: Cicera Maria da Conceição e Pai Não Declarado Idade: 47 Data de Nascimento: 15/11/1969 Identidade de Gênero: Feminino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande Estado Civil: casado(a) Escolaridade: Não informado Profissão: Doméstica Documentos(s) de Identificação: RG nº 1738969 SSP/PB Endereço: Rua- José Cleber Freire da Cruz, 56, São José da Mata, Campina Grande Complemento: Não informado Telefone: (83) 99117-2523
	OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)
	(I) Moto , marca Mercedes Benz, modelo MPOLO TORINO U, tipo de veículo branca, ano 2009, placa KVA-8663, chassi 9BM3840789B625717, renavam 001
	DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS
	HISTÓRICO
	Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia de para rua Pedro I, bairro de São José, momento em que foi atropelado por Um ônibus Urba TORINO U, Ano/Modelo 2008/2009,da Placa de Placas KVA-8663,de cor Nº9BM3840789B625717, Licenciado em nome da Viação Santa Rosa Ltda, que com o ao solo e sofrido trauma Abdominal fechado e fratura de úmero no braço direito,sendo s encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência. Compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual foi elaborado o B Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condut do acidente.
	Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Procedimento Policial: 0030



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



Campina Grande/PB, 18 de setembro de 2017.

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA

Delegado(a) de Polícia Civil

Expedito de Oliveira Santos
EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS

Noticiante

dm

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00309.01.2017.2.00.420

3/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 13:52:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062513522894000000030487524>

Número do documento: 20062513522894000000030487524

Num. 31798189 - Pág. 10



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT

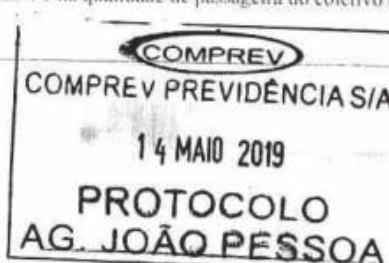


DADOS DO ACIDENTE						
Nº BOAT	Responsável pelo Levantamento do Acidente:			Posto/Graduação:		
0247 - 2017	LYNDON JOHNSON ARAÚJO			3º SGT /PM		
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: RUA D. PEDRO I EM FRENTE AO N° 732		Hora	Bairro	Município		UF
		21:45	SÃO JOSÉ	CAMPINA GRANDE		PB
Data/Ocorrência	Dia da Semana	C/S Vítima (QT)	Natureza do Acidente	Tipo de Pavimento	Condições/Via	Tempo
22/08/2017	TERÇA	COM (01)	ATROPELAMENTO	ASFALTO	BOA/SECA	BOM
Envolvidos no acidente (Quantidade)			Controle do Tráfego no Local:			
01 ÔNIBUS + 01 PEDESTRE			SINALIZAÇÃO HORIZONTAL E VERTICAL			
CONDUTOR 01						
Nome:				Sexo	Nascimento	RG
TADEU DOS SANTOS				MASCULINO	28/01/1966	2012510 SSP PB
Endereço:						
RUA SEVERINO MATTIAS DA SILVA, N° 150, BODOCONGÓ III, CAMPINA GRANDE/PB						
1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH	UF	Ex.Méd./Dia	Data Vencimento	Usava Cinto
12/12/1985	E	00478128707	PB	SIM	29/03/2019	SIM
Exame de Embriaguez Alcoólica		Destino do Condutor				
REALIZADO (0,00MG/L)		OUTROS				
VEÍCULO 01						
Marca	Espécie	Placa	Categoria		Município	UF
M. BENZ	ÔNIBUS	KVA-8663	ALUGUEL		CAMPINA GRANDE	PB
Nome do Proprietário:						
VIAÇÃO SANTA ROSA LTDA						
Seguradora	Bilhete N°		Renavam	Data da Emissão		
OPVAT	012506696131		0012457916-7	05/05/2016		
Defeitos:						
PARA-BRISAS						
VERSÃO DO CONDUTOR 01						
<p>O condutor do V1 declarou que trafegava na Avenida Dom Pedro I no sentido Centro/Bairro e que reduziu a velocidade do ônibus, pois ele iria parar para o embarque de algumas pessoas que pediram parada, foi nesse momento em que ele foi surpreendido pelo pedestre que correu na direção do ônibus se projetando a frente do mesmo, e que ele ainda tentou evitar o impacto, porém tudo foi muito rápido e que ele de forma involuntária acabou atingindo vítima.</p>						

VITIMA 01			
Nome:			
EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO		Sexo	Nascimento
Endereço:		MASCULINO 30/07/1989	
RUA MANAUS, N° 671, ROCHA CAVALCANTE, CAMPINA GRANDE/PB			
Viajava no Veículo N°		Usava Cinto	Usava Capacete
Condição da Vítima: () Condutor () Passageiro (X) Pedestre		Conduzida Para HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE	

TESTEMUNHA 01			
Nome:			
WEISSA VANNA NASCIMENTO DOS SANTOS		Sexo	Nascimento
Endereço:		FEMININO 14/06/1996	
RUA DOS UMBUZEIROS, N° 20, MALVINAS, CAMPINA GRANDE/PB			
CPF	Identidade	Órgão Emissor	UF
108755114-57	3914307	SSP	PB
VERSÃO DA TESTEMUNHA 01			

A testemunha estava no interior do V1 na qualidade de passageira do coletivo e ratificou a versão do condutor do mesmo.



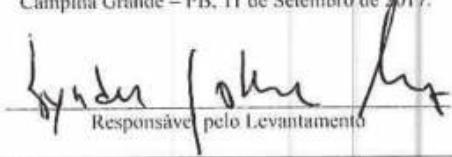
CONSTATADO

De acordo com as disposições do veículo, declaração do condutor e vestígios coligidos no local do acidente, cor Avenida Dom Pedro I, no bairro São José em frente ao numeral 732 e que o VI M.BENZ/ONIBUS de placa KV- Avenida no sentido Centro/Bairro já o pedestre realizava a travessia da referida via no sentido Hospital Pedro I/Pizzari por parte de um dos envolvidos acima telados, aconteceu o sinistro (Atropelamento), o VI teve como sede esquerda/terço médio.

Obs. No momento da realização do levantamento da vítima ainda se encontrava caída ao solo na f condições de narrar o que teria acontecido devido o seu estado de saúde em consequência do acidente e até a confecção havia se apresentado para declarar sua versão sobre o fato.

Segue o que anexo.

Campina Grande - PB, 11 de Setembro de 2017.


Responsável pelo Levantamento





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



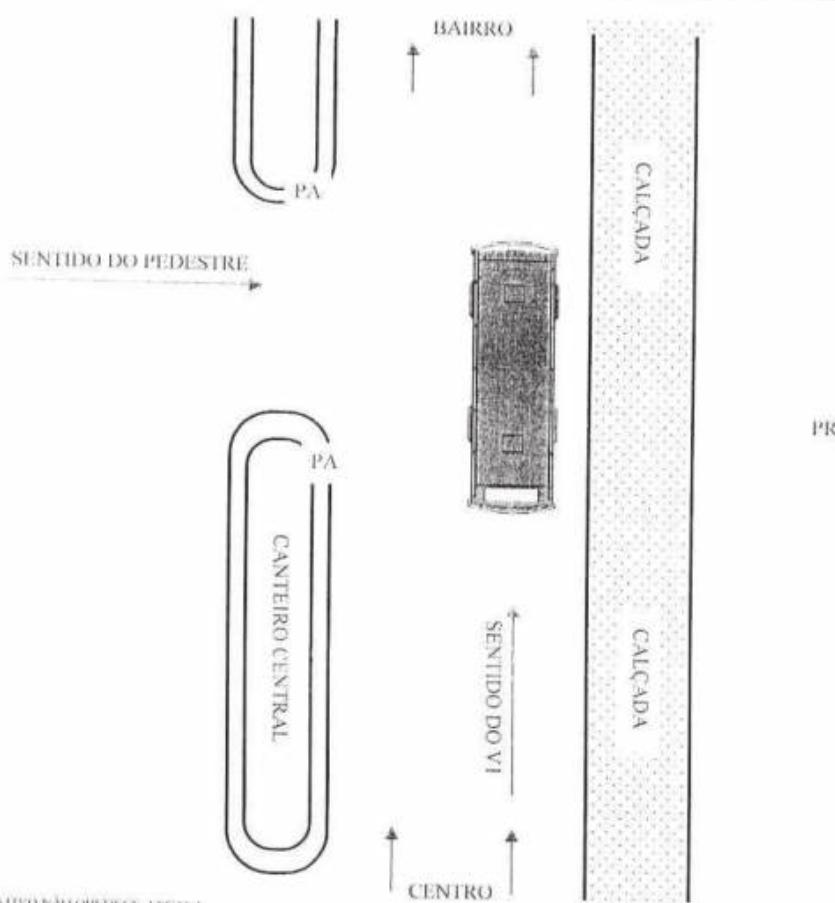
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0247 / 2017

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Av. Dom Pedro I - 06,50 metros

PR (Ponto de Referência): Pizzaria Nº 732
PA (Ponto de Amarração): Guia do Canteiro

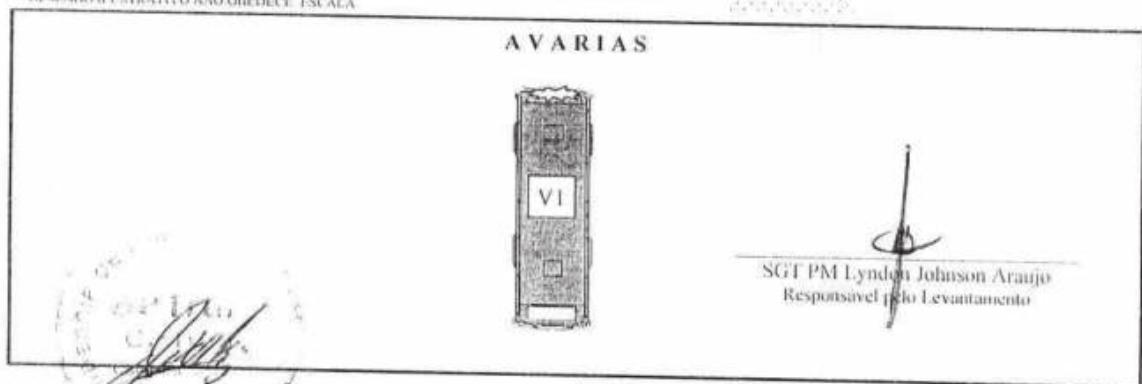
VI (Veículo 01) Eixo Dianteiro Esquerdo 06,00 e Eixo Traseiro Esquerdo 03,40 metros para (PA)



AVARIAS



SGT PM Lyndon Johnson Araújo
Responsável pelo Levantamento



1





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT

CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0247 – 2017

DANOS NO VI

Marca/Modelo: M. BENZ	Placa: KVA-8663/PB	Responsável pelo Preenchimento: SGF JOHNSON	Data: 22/08/2017
--------------------------	-----------------------	--	---------------------

ÔNIBUS E MICROÔNIBUS

AVARIAS NO ACIDENTE

Item	Descrição do componente	Valor	SIM	NÃO	NA
01	Avaria na estrutura das laterais ou do teto afetando o posto do condutor.	M	X		
02	Avaria na estrutura afetando a coluna "B" da carroceria.	M	X		
03	Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.	M	X		
04	Avarias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peitoril (parte inferior das janelas).	M	X		
05	Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M	X		
06	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M	X		
07	Região da carroceria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M	X		
08	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M	X		
09	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M	X		
10	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.	M	X		
11	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G	X		
12	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G	X		
13	Chassi com deformação lateral maior que a altura da longarina.	G	X		
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.	M	X		
15	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
16	Avaria em qualquer um dos eixos.	M	X		
17	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M	X		
18	Região do Chassi termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G	X		

M: Item que individualmente implica em Dano de Média Monta.

G: Item que individualmente implica em Dano de Grande Monta.

Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade

Dano de Pequena Monta: quando não houver nenhum item assinalado nas colunas "SIM" ou "NA"
Dano de Média Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M
Dano de Grande Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G

Campina Grande - PB, 11 de Setembro de 2017

Responsável pelo Levantamento





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0247/2017

FOTOS DO V1



3º SGT PM LYNDON JOHNSON ARAÚJO
Responsável pelo levantamento



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE CAMPINA GRANDE
CNPJ 09.365.545/0001-76



8º. Cartório do Ofício de Notas

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

14 MAIO 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BEL. PEDRO OLIVEIRA DE LUCENA
TABELIÃO

LIVRO: 044
FLS: 044/V
TRASLADO: 1º

ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA QUE FAZ: **EXPEDITO DE**
OLIVEIRA SANTOS FILHO, na forma abaixo:

S A I B A M quantos este público instrumento de *Escritura de Declaratória*, virem que aos Dezenove Dias do Mês de Novembro do Ano de Dois Mil e Dezoito (19.11.2018), nesta cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba, neste Cartório, perante mim Tabelião Público, compareceram, a saber: como Outorgante (s) e Reciprocamente Outorgado (s): **EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO**, Brasileiro, Solteiro, Profissão não Informada, portador da Carteira de Identidade nº 3.843.178 2ª Via SSDS/PB e CPF 016.626.184-09, residente na Rua: Manaus – nº 671 – Ana Amélia – Campina Grande – PB, meu (s) conhecido (s), identificado (s) a vista do (s) documento (s) apresentado (s), do que de tudo dou fé, e pelo (s) declarante (s) acima referido (s) e qualificado (s) me foi declarado o seguinte: Que: **NÃO** é ALFABETIZADO; Que: É beneficiário do valor referente a indenização/reembolso do seguro DPVAT, por ter sido vítima de acidente de trânsito; Que: **NÃO** possui Comprovante de Residência em seu nome. Que: **AUTORIZA** a Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT a efetuar o crédito na conta 00102233-3 Op. 013 Agência 0737 Caixa Econômica Federal de sua titularidade. Que: Uma vez efetuado a pagamento do crédito da indenização de acordo com as informações prestadas, reconhece o recebimento e da como quitada o valor da referida indenização. Que: encontra-se impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal – IML para fins de requerimento da indenização do seguro DPVAT (Lei 6.194/94), uma vez que o estabelecimento do IML local está realizando perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido, e com o objetivo de permitir a análise do meu pedido de indenização do seguro DPVAT, solicito que esta declaração permita o prosseguimento e a análise da documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal, concordando, desde logo, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação de grau e lesão, para fins do parágrafo 1º do art. 3º da Lei 6.194/74. Declara ainda, estar ciente de que a

Rua: Marquês do Herval – nº 83 – Centro. CEP: 58.400-087.
Fone/fax: 0(XX)-83-3341-6085 email: cartorio8cgde@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 13:52:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062513522894000000030487524>
Número do documento: 20062513522894000000030487524

Num. 31798189 - Pág. 16



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE CAMPINA GRANDE
CNPJ 09.365.545/0001-76

8º. Cartório do Ofício d

BEL. PEDRO OLIVEIRA DE LUCENA
TABELIÃO

autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-lo, caso o conteúdo. Que: as declarações aqui prestadas são a expressão responsabilizando-se civil e criminalmente pelas mesmas nos termos do Código Penal. Que: Compromete-se a ressarcir quaisquer Seus prejuízos decorrentes desta escritura. E, de como assim o disse, do qual pediu e lhe lavrei a presente Escritura a qual sendo lida em alto e balele Outorgante, achou tudo conforme e aceitou e deixando sua impressão por não ser alfabetizado, assinando a rogo do Outorgante: *Irenece Silva, Brasileira, Viúva Do Lar, portadora da Carteira de Identidade 2ª Via SSP/PB e CPF 601.321.324-00. Campina Grande - PB, 19 de 2018. Em Testemunho () da Verdade. Eu, Pedro Oliveira de Lucena - Tabelião - digitei e assino. Emolumentos 47,40; Farpem R\$ 28,22; FEPJ R\$ 8,72; ISS R\$ 2,37; MP R\$ 0,00; 59,25. "Selo Digital: AHR22647-7RT6 Consulte a autenticidade no site: <https://selodigital.tjpb.jus.br>"*

Rua: Marquês do Herval - n° 83 - Centro. CEP: 58.400-087
Fonefax: 0(XX)-83-3341-6085 email: cartorio8cgde@hotmail.com





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

MATRÍCULA

0686680155 1989 1 00074 086 0084916 06

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO) trinta de julho de um mil novecentos e oitenta e nove DIA 30 MÊS 07 ANO 1989

HORA DE NASCIMENTO 10:50 MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Campina Grande-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF Campina Grande-PB LOCAL DE NASCIMENTO CLIPSI - Hospital Geral SEXO masculino

FILIAÇÃO EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS e MARIA SALETE DE OLIVEIRA SANTOS

AVOS PATERNO(S): JOSÉ VIEIRA DOS SANTOS e MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTOS
MATERNO(S): JOSÉ ALEXANDRE DOS SANTOS e ALZIRA MARIA DOS SANTOS

GEMEOS NOME E MATRÍCULA DO(S) GEMELO(S) NÃO NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) vinte e quatro de novembro de um mil novecentos e oitenta e nove (24/11/1989) DNV (DEC. NASC. VIVO) NÃO INFORMADO

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2ªVIA. Registro lavrado em 24/11/1989, no livro A-00074, Nº 84916, folha 85-V.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIAS/A
14 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NOME DO OFÍCIO 1ºCartório de Registro Civil das Pessoas Naturais

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

OFICIAL REGISTRADOR Maria Alba Cavalcanti Oliveira

Campina Grande-PB, 18 de junho de 2013.

MUNICÍPIO/UF Campina Grande-PB

ENDERECO Avenida Marechal Floriano Peixoto nº813 Campina Grande-PB - CEP - 58400165 FONE: (83)3321-4598

Helio da Silva
Escrevente Compromissado

Helio da Silva
ESCREVENTE AUTORIZADO
1º CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL
Tel: (83)3321-4598 - Campina Grande-PB



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 22/8/2017	HORA: 21:42 HS	ID Nº: 1609869
NOME: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO		
QUEIXA: ATROPELAMENTO		
LOCAL: RUA PEDRO I		
COMPLEMENTO: SÃO JOSÉ - EM FRENTE A FORNO DE PIZZA		
CIDADE: CAMPINA GRANDE/PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 15 de setembro de 2017.




Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 13:52:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062513522894000000030487524>
Número do documento: 20062513522894000000030487524

Num. 31798189 - Pág. 19

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: 13/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

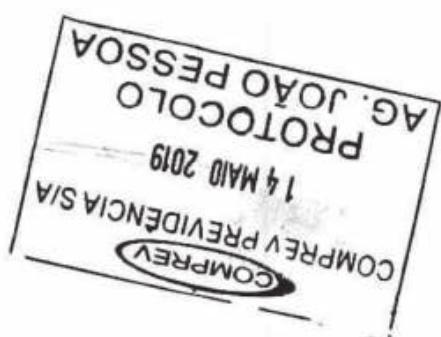
CONTA: 000000102233-3

Nr. da Autenticação 49F3D73AF8DCDF40



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 13:52:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062513522894000000030487524>
Número do documento: 20062513522894000000030487524

Num. 31798189 - Pág. 20



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REQUISITOS	3.843.178 - 2ª VIA
GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO: 09/07/2014
NAME	
EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO	
FILIAÇÃO	
EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS	
MARIA SALETE DE OLIVEIRA SANTOS	
NATURALIDADE	DATA DE NATALIDADE
CAMPINA GRANDE - PB	
DOC. ORIGEM	30/07/1989
CERT. NASC. N°004916 - LIV. 00074 - FLS. 096 - CARTÓRIO	
1ºCAMPINA GRANDE - PB	
016.626.184-09	
LEI Nº 7.116 DE 29/06/89	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190322718 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 22/08/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A
FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO DIREITO.
TRAUMA FECHADO ABDOMINAL COM LESÃO HEPÁTICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS EM ÚMERO DIREITO; LAPAROTOMIA EXPLORADORA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.5,6(CIRURGIA) P.8(BAM) P.64,66,67,76(EXAME)

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190322718 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 22/08/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A
FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO DIREITO.
TRAUMA FECHADO ABDOMINAL COM LESÃO HEPÁTICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS EM ÚMERO DIREITO; LAPAROTOMIA EXPLORADORA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.5,6(CIRURGIA) P.8(BAM) P.64,66,67,76(EXAME)

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



Sinop Segurança - Bem-Vindo | Sinesp Infoseg

https://infoseg.sinesp.gov.br/infoseg/tpk/iv0003

Login - Sinop Segurança | Treinamento SPP | SPP - Sistema de Prevenção e Combate a Incêndios e Desastres

Sinesp
Infoseg

Pesquisar

AVAB663

AVAB663 (11) **VEÍCULOS** **PLACA KVA8663** **PENAUAM**

Detalhes do Veículo

Município/Empreendimento	Marca/Modelo	Cor
CAMPINA GRANDE-PB	M-BENZ/MPOLO TORINO U 2008/2009	BRANCA
Situação do Veículo	Chassi	Renavam
CIRCULACAO	98M38407099625717	00124579167
Nome Proprietário	CPF/CNPJ do Proprietário	Tipo de Veículo
VIAÇÃO SANTA ROSA LTDA	333333333333333333	ONIBUS
Espécie do Veículo	Cat. Detalhes do Veículo	Combustível
PASSAGEIRO	ALUGUER	DIESEL
Capacidade de Passageiros	Quantidade de Eixos	Indicador de Roubo/Furto
39	0/0	Não
Indicador de Alarme	Capacidade de Larga do Veículo	Capacidade de Tração do Veículo
Não	N/A	N/A
Peso Bruto do Veículo	Carroceria do Veículo	Potência do Veículo
16	N/A	218
Câmbio	Motor	Cilindradas
7126322338029	921691908001450	N/A
Restrições		
<ul style="list-style-type: none"> SEM RESTRIÇÃO SEM RESTRIÇÃO SEM RESTRIÇÃO SEM RESTRIÇÃO 		

14/05/2019 13:52:29





EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS
RUA MARIAUS, 671 / CASA - ROCHA CAVALCANTI
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 5840000 (AG 411)



Logradouro: MONOFASICO
Bairro: KM158 - Rio Baturité - Tel. Imó: Campus Gravatá/PB - CEP: 59425-700
CNPJ: 06.029.526/0001-99 - Inc Est: 16.000-629
Referência: Mar/2019
Medidor: CT002314576 Emissor: 23/05/2019

ENERGISA SOROCABA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR280-KM158-Rio Baturité - Tel. Imó: Campus Gravatá/PB - CEP: 59425-700
CNPJ: 06.029.526/0001-99 - Inc Est: 16.000-629
Referência: Mar/2019
Medidor: CT002314576 Emissor: 23/05/2019
Atend. Estad./Carta de Energia Baturité N°03 791-199
Cadastrado DAE Automática: 00020301472

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Maio / 2019	23/05/2019	21/06/2019	205.321.004-78 Inc Est
UC (Unidade Consumidora):			4/80147-2

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
23/04/19	26503	22/05/19	25406	31
Demonstrativo				
001. Despesa	Quantidade	Tarifa	Valor Bem/Car. Imp. Imp. Imp. Bem/Car. Fim/RS	Outras/RS
			Tributos/Total/RS	ICMS/RS ICMS/RS PIS/Cofins/RS (10,00%) (4,38%)
001. Consumo em kWh	102.000	0.798670	77,18 77,18 27 20,84 77,18 0,82	8,77
001. Adm. B. Amora		1,17	1,17 27 0,01 1,17 0,01	0,69
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007. CONTRIBUÍVEL PÚBLICA	8,46	0,00	0,00 0,00 0,00	0,00
0004. JUROS DE MORA/03/2019	1,02	0,02	0 0,00 0,00 0,00	0,00
0005. MULTA 03/2019	2,45	0,02	0 0,00 0,00 0,00	0,00
0005. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019	1,45	0,02	0 0,00 0,01 0,00	0,00
0002. BEM SEGURO FÁCIL - ACE 03/2019	5,34	0,00	0,00 0,00 0,00	0,00
0002. RENDA HOSPI/RS BRASIL/SEQ 03/2019	20,76	0,00	0,00 0,23 0,00	0,00

CCO - Código de Classificação do bem TOTAL 120,62 18,35 21,15 78,35 0,83 3,92
Tarifa de Tributos 0,83798

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

190 30/05/2019 R\$ 120,62

180 190 187 169 167 179 1254 1208 1293 1189 1197 1211
Maio/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dec/19 Jan/19 Feb/19 Mar/19 Abr/19

RESERVADO AO RISCO

161b.8963.3ac4.8f44.ccf4.17bc.d1ab.c0cb.

Composição da Conta

Indicadores de Qualidade

Unifásica da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DISENLIAL	5,73	0,00	Serviços de Energia	16,87	14,01
DI TRIMESTRAL	11,58	NOMINAL	Consumo de Energia	25,25	20,42
DI ANUAL	23,19		serviços de Transmissão	29,93	24,87
PIANEEL	1,36	0,00	Encargos Sociais	2,81	3,18
PI TRIMESTRAL	6,72	CONTRATADA	Imposto Direto de Energia	41,97	36,90
PIANUAL	13,45	LIMITE INFERIOR	Outras Impostos	28,18	31,94
DIRE	2,37	0,00	Total	120,62	100,00
DIOP	12,22	LIMITE SUPERIOR			

Valor da FIESC (Ref. 3/2019) R\$ 88,77

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso sua(s) fatura(s) estejam relacionada(s) a multa(s) e/ou débito(s) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 01/06/2019. Conforme Resolução 414 da Aneel. O pagamento desses débitos não elimina a possibilidade de novos encargos de fornecimento caso o mesmo não seja consumidor ou se contraídos novos débitos na unidade consumidora para fornecimento. Caso internte esteja fazendo o pagamento das fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem. Fatura multada e/ou débito em atraso em decorrência de prazo de pagamento ao credor no caso de inadimplimento. Fatura multada e/ou débito em atraso em decorrência de prazo de pagamento ao credor no caso de inadimplimento. Letra de Crédito.

Contrato Serviço: BEM SEGURO FÁCIL - ACE - 1 -

Contrato Serviço: RENDA HOSPI/RS BRASIL/SEQ - 01A - 1 -

- O cancelamento da cobrança de convênio e a emissão da fatura com essas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.

Faturas em atraso

Abr/19 177,66

BORBOREMA
Roteiro: 14 - 401 - 768 - 8000
Matrícula: 60147-2019-05-9
30/05/2019 R\$ 120,62
83630000001-2 20620147000-5 00801472019-0 05900401019-1







CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cílano, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-27

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
11557034

CONTROLE DE VIDA DE SISTEMAS DE SELEÇÕES

REFERENCES

LUANDERSON PAUSTINO SIlVA
RUA MARIA NEGRIL DA SILVA, 55 - ASA AMELIA CAMPINA
GRANDE PB 58423-130

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Setor	Conselho	Assessor	Itens	
018.048.085-0	000					
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y12N 320391	17/10/2014	EST. 125000	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (QD)	NUV DE DIAS	PRIMTA LEITURA		
846	801	25	30	14/06/2019		
HIST. CONS. ANNU	LEIT.	1 QUINTAL	4545-ABEJO 20 PORT	05/2017 HS.		
ABR/2019	13	PARAFETRIS	ESTL.	ANALIS.	CONFIRMES	
MAR/2019	17	TURISTEZ	178	178	178	
FEV/2019	20	CLORO	175	174	178	
JAN/2019	17	CCL. TERMOT	0	0	0	
DEZ/2018	14	COR	55	137	130	
NOV/2018	16	CCL. TITAIIS	178	173	178	
MEDIACAO	15	DADOS REFERENTES A: MAR/2019				

DATA DA IMPRENSA: 15/03/2019 HORA DA IMPRENSA: 07:46:46

DESCRICOAO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	-	
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 40 M3 - R\$ 4,49 POR M3	5 M3	24,45
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 30,33 POR UNIDADE	10 M3	30,33
11 M3 A 40 M3 - R\$ 3,93 POR M3	5 M3	19,55
ACRESCIMOS (S. MESES) ANTE. 01/2013		2,62
JUROS DE POTA (M/2019)		1,38

VENCIMENTOS: **Total a Pagar:**

RS 116.24



CONDICAO DE LEITURA: II EALIZADA

TEST OF TAU-332

THE SOUTHERN REVIEW

EM CONFORMIDADE COM ART. 37 DA LEI 12.807/2008, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A CONFIRMAÇÃO DE QUE TUDO DAS FATURAS MENSais NOS DIBETOS ATÉ 11/12/2011. NÃO ARRANGUEMOS OS PANCELAMENTOS PENDENTES NAS FATURAS DE 2012.

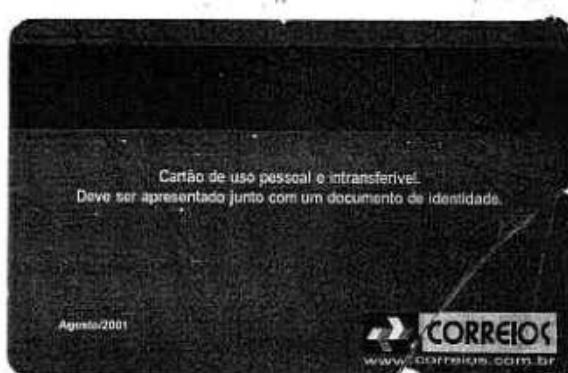
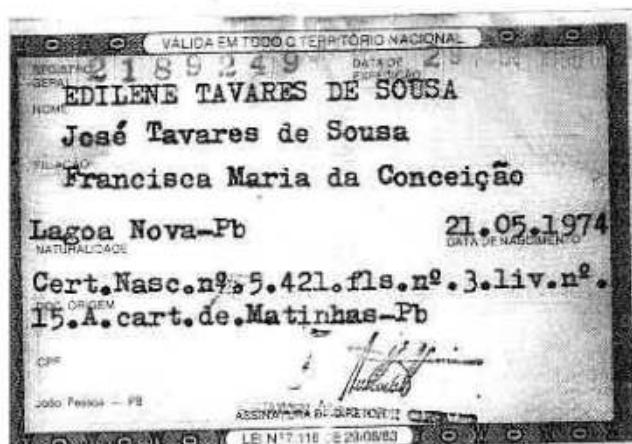


MATRÍCULA	ESPECIE	VALOR MÉDIO	TOTAL A PAGAR
1155.014	1121.70334	R\$ 85,2010	R\$ 115,24



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 13:52:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062513522894000000030487524>
Número do documento: 20062512523894000000030487524

Núm. 31798189 - Pág. 29



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 13:52:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062513522894000000030487524>
Número do documento: 20062513522894000000030487524

Num. 31798189 - Pág. 30

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Clérice, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

68561547

REFERÊNCIA
MAR/2019**CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS****MARGARIDA FERNANDES**
RUA LINDOLFO ALBUQUERQUE, 270 - ANA AMELIA CAMPINAS
GRANDE PB 58423- 260

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
		Realizada	Desejada	Total	
018.048.200.0382.000	000	2	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
V14N1113380	01/09/2014	EXTERNO	LIGADO	LIGADO	

ANTERIOR		ATUAL		CONSUMO (m ³)	NUM. DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
493	502	8	51			15/04/2019
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.						
FEV/2019	8		PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
JAN/2019	10		TURBIDEZ	0	0	0
DEZ/2018	8		CLORO	0	0	0
NOV/2018	6		COL. TERMOT	0	0	0
OUT/2018	10		COR	0	0	0
SET/2018	6		COL. TOTAIS	0	0	0
MEDIA(M)	8		DADOS REFERENTES A: JAN/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 16/03/2019		HORA DA IMPRESSÃO: 09:39:49	
DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)	
ÁGUA			
RESIDENCIAL 2 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA	8 m ³	75,82	
ESGOTO			
RESIDENCIAL 2 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ESGOTO	8 m ³	60,66	

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 12,62 PIS E CONFINS IFT 12.741/12

VENCIMENTO: 26/03/2019 Total a Pagar: R\$ 136,48

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA:

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICAÇÃO SEU DINHEIRO ***
*** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR ***

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190322718 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 22/08/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A
FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO DIREITO.
TRAUMA FECHADO ABDOMINAL COM LESÃO HEPÁTICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS EM ÚMERO DIREITO; LAPAROTOMIA EXPLORADORA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.5,6(CIRURGIA) P.8(BAM) P.64,66,67,76(EXAME)

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190322718 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 22/08/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A
FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO DIREITO.
TRAUMA FECHADO ABDOMINAL COM LESÃO HEPÁTICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS EM ÚMERO DIREITO; LAPAROTOMIA EXPLORADORA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.5,6(CIRURGIA) P.8(BAM) P.64,66,67,76(EXAME)

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161264/19

Vítima: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

CPF: 016.626.184-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/08/2017

Titular do CPF: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO : 016.626.184-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/05/2019
Nome: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO
CPF: 016.626.184-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

RENATO LUNA DIAS

