



25/06/2020

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	<a href="#">2727048_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	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

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 22/08/2017

Titular do CPF: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

CPF de: Próprio

### 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](http://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

EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Carta nº 14307961

Pag. 01245/01246 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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



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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01541/01542 - carta\_15R - INVALIDEZ

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 fê, 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 pericias 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 paragrafo 1º do art. 3º da Lei 6.194/74. Declara ainda, estar ciente de que a

Rua: Marquês do Herval – n º 83 – Centro. CEP: 58.400-087.  
Fonefax: 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 conc  
a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-lo, caso  
conteúdo. Que: as declarações aqui prestadas são a expressão  
responsabilizando-se civil e criminalmente pelas mesmas nos termo  
do Código Penal. Que: Compromete-se a ressarcir quaisquer Se  
prejuízos decorrentes desta escritura. E, de como assim o disse, do q  
pediu e lhe lavrei a presente Escritura a qual sendo lida em alto e b  
ele Outorgante, achou tudo conforme e aceitou e deixando sua imp  
por não ser alfabetizado, assinando a rogo do Outorgante: *Ireneice*  
*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  
de 2018. Em Testemunho ( ) da Verdade. Eu, *P. Oliveira*  
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,  
59,25. "Selo Digital: AHR22647-7RT6 Consulte a auten  
<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.c



## 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:	CPF:	
EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO	016.626.184-09	
Profissão:	Endereço:	Número:
ARRESENTADO	RUA MANAUS	671
Complemento:	Cidade:	Estado:
CASA	CAMPINA GRANDE	PB
Bairro:	CEP:	Tel. (DDD):
ROCHA CAVALCANTE	58440-000	(83) 98647-2868
E-mail:		

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

**RENDA MENSAL:**  
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0737 CONTA: 102233 3	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

### 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, 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Local e Data: JORD PESSOA, 03/06/2019  
 Nome: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS  
 CPF: 006.321.004-78  
 Expedito de Oliveira Santos  
 (\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

#### TESTEMUNHAS

1ª Nome: IRENE FAUSTINO DA SILVA  
 CPF: 601.321.324-00

Assinatura: *Irene Faustino da Silva*

2ª Nome: EDILENE TAVARES DA COSTA  
 CPF: 049.340.264-01

Assinatura: *Edilene Tavares da Costa*

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 ROGO, 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.







**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 Vieira 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

**Endereço:** Rua- Manaus, 671, Rocha Cavalcante, Campina Grande, PB

**Complemento:** Não informado

**Telefone:** (83) 98857-8823

VITIMA

**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

**Estado Civil:** solteiro(a)

**Escolaridade:** Não informado

**Profissão:** Impossibilitado

**Documentos(s) de Identificação:** CPF nº 016.626.184-09

**Endereço:** Rua- Manaus, 671, Rocha Cavalcante, Campina Grande, PB

**Complemento:** Não informado

**Telefone:** Não informado



Procedimento Policial: 00309.01.2017.2.00.420





TESTEMUNHA	<b>Nome:</b> Irenice Faustino da Silva <b>Conhecido por:</b> Não informado <b>Filiação:</b> Maria Zélia de Souza e Inácio Faustino da Costa <b>Idade:</b> 51 <b>Data de Nascimento:</b> 01/07/1966 <b>Identidade de Gênero:</b> <b>Nacionalidade:</b> brasileira <b>Naturalidade:</b> Alagoa Nova <b>Estado Civil:</b> viuvo(a) <b>Escolaridade:</b> Não informado <b>Profissão:</b> do Lar <b>Documentos(s) de Identificação:</b> CPF nº 601.321.324-00 <b>Endereço:</b> Rua- Mari Nerci Barbosa da Silva,55, Rocha Cavalcante, Campina Grande <b>Complemento:</b> Não informado <b>Telefone:</b> (83) 98869-8785
	<b>Nome:</b> Maria Grimar Fernandes da Conceição <b>Conhecido por:</b> Não informado <b>Filiação:</b> Cicera Maria da Conceição e Pai Não Declarado <b>Idade:</b> 47 <b>Data de Nascimento:</b> 15/11/1969 <b>Identidade de Gênero:</b> <b>Nacionalidade:</b> brasileira <b>Naturalidade:</b> Campina Grande <b>Estado Civil:</b> casado(a) <b>Escolaridade:</b> Não informado <b>Profissão:</b> Doméstica <b>Documentos(s) de Identificação:</b> RG nº 1738969 SSP/PB <b>Endereço:</b> Rua- José Cleber Freire da Cruz, 56, São José da Mata, Campina Grande <b>Complemento:</b> Não informado <b>Telefone:</b> (83) 99117-2523

#### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **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 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 N°9BM3840789B625717, 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 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. Afirmo a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor 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  
Noticiante

  
ADEMIR DA COSTA VILAR  
Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00309.01.2017.2.00.420

3/3







POLÍCIA 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 0247 - 2017	Responsável pelo Levantamento do Acidente: LYNDON JOHNSON ARAÚJO	Posto/Graduação: 3º SGT /PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: RUA D. PEDRO LEM FREITAS Nº 732	Hora 21:45	Bairro SÃO JOSÉ
Município CAMPINA GRANDE	UF PB	
Data/Ocorrência 22/08/2017	Dia da Semana TERÇA	C/S Vítima (QT) COM (01)
Natureza do Acidente ATROPELAMENTO	Tipo de Pavimento ASFALTO	Condições/Via BOA/SECA
Tempo BOM		
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 ÔNIBUS + 01 PEDESTRE	Controle do Tráfego no Local: SINALIZAÇÃO HORIZONTAL E VERTICAL	

CONDUTOR 01

Nome: TADEU DOS SANTOS	Sexo MASCULINO	Nascimento 28/01/1966	RG 2012510 SSP PB
Endereço: RUA SEVERINO MATIAS DA SILVA, Nº 150, BODOCONGÓ III, CAMPINA GRANDE/PB			
1ª Habilitação 12/12/1985	Categoria E	Registro CNH 00478128707	UF PB
Ex. Méd./Dia SIM	Data Vencimento 29/03/2019	Usava Cinto SIM	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica REALIZADO (0,00MG/L)	Destino do Condutor OUTROS		

VEÍCULO 01

Marca M. BENZ	Espécie ÔNIBUS	Placa KYA-8663	Categoria ALUGUEL	Município CAMPINA GRANDE	UF PB
Nome do Proprietário: VIAÇÃO SANTA ROSA LTDA					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012506696131	Renavam 0012457916-7	Data da Emissão 05/05/2016		
Defeitos: PARA-BRISAS					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

O condutor do VI 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.

VÍTIMA 01

Nome: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO	Sexo MASCULINO	Nascimento 30/07/1989
Endereço: RUA MANAUS, Nº 671, ROCHA CAVALCANTE, CAMPINA GRANDE/PB		
Viajava no Veículo Nº	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 FEMININO	Nascimento 14/06/1996
Endereço: RUA DOS UMBUZEIROS, Nº 20, MALVINAS, CAMPINA GRANDE/PB		
CPF 108755114-57	Identidade 3914307	Órgão Emissor SSP
UF PB		

VERSÃO DA TESTEMUNHA 01

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



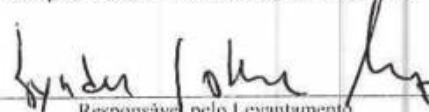
### CONSTATADO

De acordo com as disposições do veículo, declaração do condutor e vestígios coligidos no local do acidente, com 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/Pizzaria 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 do acidente a Vitima 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 confecç havia se apresentado para declarar sua versão sobre o fato.

Segue croqui anexo.

Campina Grande – PB, 11 de Setembro de 2017.

  
Responsável pelo Levantamento







POLÍCIA 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

20/04/2017



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0247 / 2017

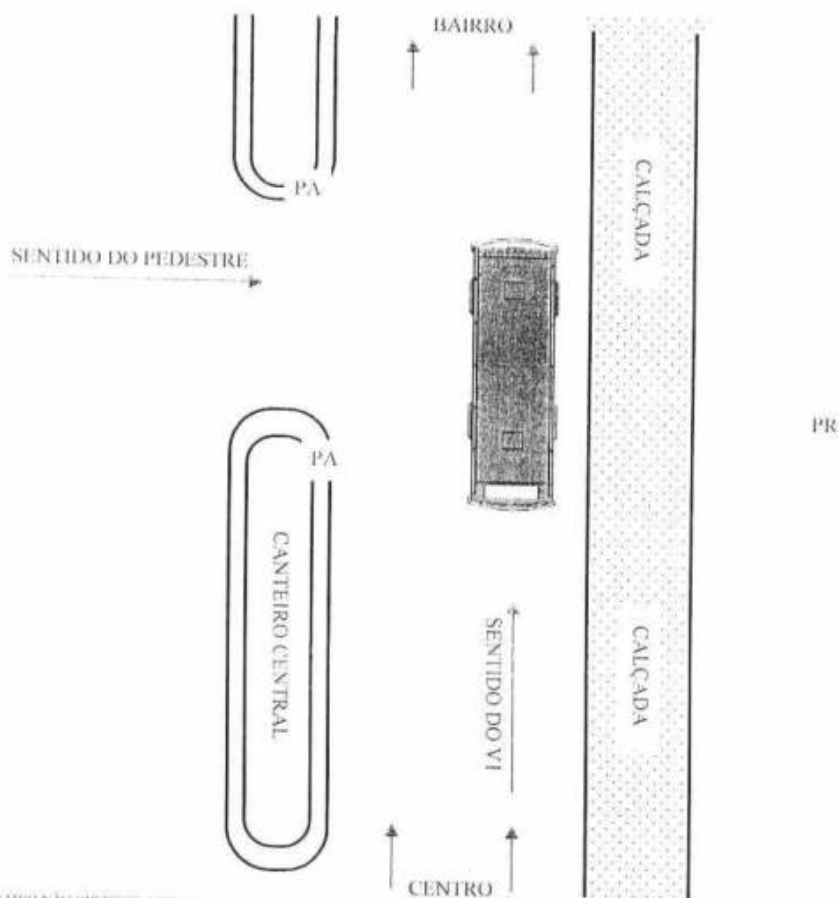
AMARRAÇÕES

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

PR (Ponto de Referência): Pizzaria Nº 732

PA (Ponto de Amarração): Guia do Canteiro

V1 (Veículo 01) Eixo Dianteiro Esquerdo 06.00 e Eixo Traseiro Esquerdo 03.40 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



SGT PM Lyndon Johnson Araújo  
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA 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

DP/TRANSPORTE



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

DANOS NO VI

Veículo / Modelo:  
M. BENZ

Placa:  
KVA-8663/PB

Responsável pelo levantamento:  
SGT JOHNSON

Data:  
22/08/2017

ÔNIBUS E MICROÔNIBUS

AVARIAS NO ACIDENTE

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
01	Avária na estrutura das laterais ou do teto afetando o posto do condutor.	M		X	
02	Avária na estrutura afetando a coluna "B" da carroçaria.	M		X	
03	Avária na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.	M		X	
04	Avárias 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 carroçaria com o chassi.	M		X	
06	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
07	Região da carroçaria 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	Avária 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







POLÍCIA 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 Nº 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 fê, 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 pericias 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 paragrafo 1º do art. 3º da Lei 6.194/74. Declara ainda, estar ciente de que a

Rua: Marquês do Herval – n º 83 – Centro. CEP: 58.400-087.  
Fonefax: 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 conc  
a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-lo, caso  
conteúdo. Que: as declarações aqui prestadas são a expressão  
responsabilizando-se civil e criminalmente pelas mesmas nos termo  
do Código Penal. Que: Compromete-se a ressarcir quaisquer Se  
prejuízos decorrentes desta escritura. E, de como assim o disse, do q  
pediu e lhe lavrei a presente Escritura a qual sendo lida em alto e b  
ele Outorgante, achou tudo conforme e aceitou e deixando sua imp  
por não ser alfabetizado, assinando a rogo do Outorgante: *Ireneice*  
*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, *P. Oliveira*  
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,  
59,25. "Selo Digital: AHR22647-7RT6 Consulte a auten  
<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.c







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

**Certidão de Nascimento**

NOME:

**EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO**

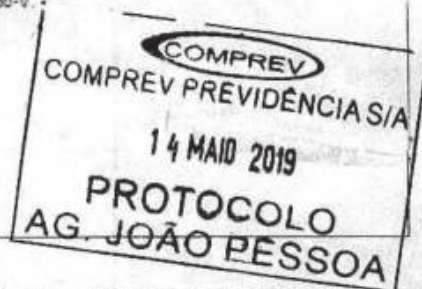
MATRÍCULA

**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				
AVÓS PATERNO(S): JOSÉ VIEIRA DOS SANTOS e MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTOS ; MATERNOS(S): JOSÉ ALEXANDRE DOS SANTOS e ALZIRA MARIA DOS SANTOS				
GÊMEOS NÃO				
NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S) 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

**2ª VIA.** Registro lavrado em 24/11/1989, no livro A-00074, Nº 84916, folha 66-V.



NOME DO OFÍCIO 1º Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais
OFICIAL REGISTRADOR Maria Alba Cavalcanti Oliveira
MUNICÍPIO/UF Campina Grande-PB
ENDEREÇO Avenida Marechal Floriano Peixoto nº813 Campina Grande-PB - CEP - 58400165 FONE: (83)3321-4598

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Campina Grande-PB, 18 de junho de 2013.

*Helio da Silva*

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

15 - DATA DE EMISSÃO DA CERTIDÃO







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	
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 15 de setembro de 2017.



  
Deocleio 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



# 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

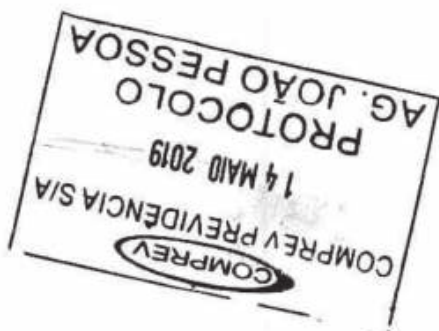
---

---

Nr. da Autenticação 49F3D73AF8DCDF40



Num. 31798189 - Pág. 21



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.843.178 - 2ª VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	09/07/2014
NOME	EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO
FILIAÇÃO	EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS MARIA SALETE DE OLIVEIRA SANTOS
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE-PB
DOC ORIGEM	CERT. NASC. Nº0084916 - LIV. 00074 - FLS. 086 - CARTORIO 1ª CAMPINA GRANDE PB
CPF	016.626.184-09
DATA DE NASCIMENTO 30/07/1989	
LEI Nº 7.116 DE 29/06/03	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAIBA	
SECRETARIA DA SOCIEDADE E DA DEFESA SOCIAL	
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA	
DEPT. DE ANÁLISE DE IDENTIFICAÇÃO	
L-234	
IMPOSSIBILITADO	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### 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 FILHO **Data do acidente:** 22/08/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

### 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:**

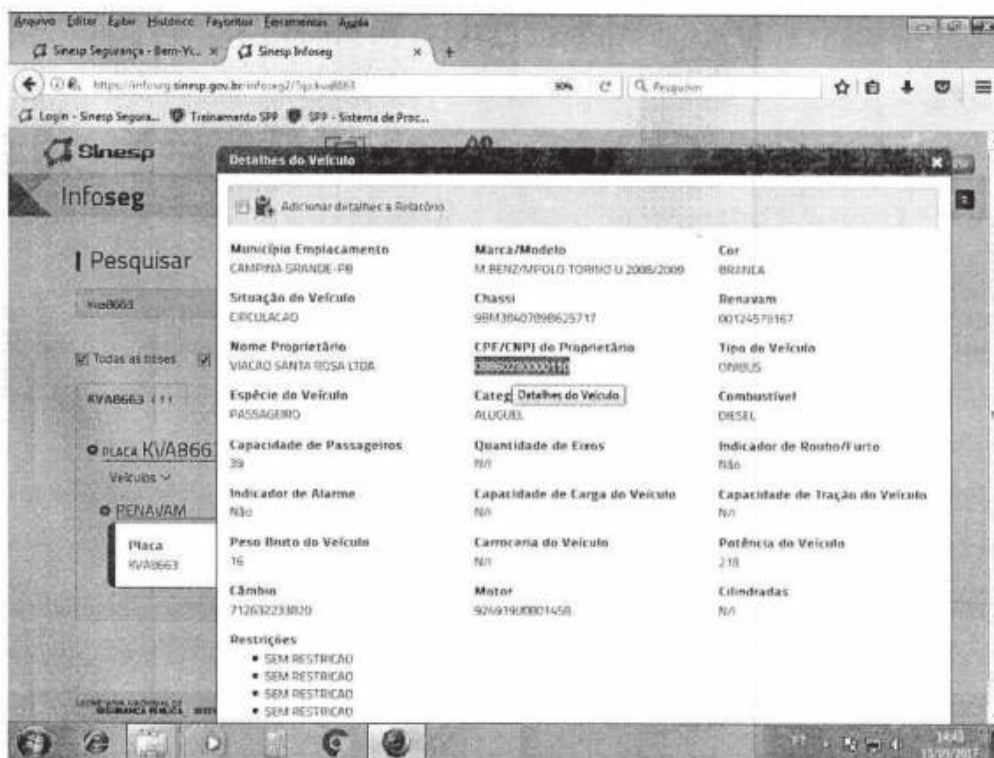
**Observações:** P.5,6(CIRURGIA) P.8(BAM) P.64,66,67,76(EXAME)

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TREINAMENTO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS

DOC PREVIDENTE / OUTRO DOCUMENTO  
7211 FM VB

CPF  
206.321.004-78 DATA NASCIMENTO  
18/07/1958

ENDEREÇO  
JOSE VIEIRA DOS SANTOS  
MARIA CECI DE OLIVEIRA

PROFISSÃO  
ACD CALHA  
AD

Nº IDENTIFICADORA  
01069651006

VALIDADEZ  
30/04/2021

1ª EMISSÃO  
19/03/1981

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1169492936

LOCAL  
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO  
03/05/2016

87651494053  
VB032398441

DETRAN - PB (PARAIBA)





ENFERMAGEM BORGHOREM - DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA S/A  
Rua Sudeste - Tolo Imiz - Campo Grande/MS - CEP 59423-700  
CNPJ/08.828.526/0051-95 - Ins. Est. 15.003.629-1  
Atendimento/Conta de Energia Elétrica Nº 073.751.135  
Cidade São Paulo - Automático: 0800030547

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2019	23/05/2019	21/06/2019	208.321.004-78

UC (Unidade Consumidora): 4/80147-2

### Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
25/04/19	26300	25/05/19	26406			102			20
Demonstrativo									
OCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Base Calc	Alq. Consumo	Base Calc	Preço/R\$	Obriga/R\$
				Tributos Totais (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	Pot. Consumo (R\$)	(1,0073%)	(4,8526%)
0001	Consumo em kWh:	102.000	0,766670	77,18	77,18	27	20,64	77,18	0,83
0001	Ass. B' Amortiz.			1,17	1,17	27	0,01	1,17	0,01
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTR. ILUM. PÚBLICA			8,46	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	J.F. DE S. MORAES 2019			1,03	0,00	2	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 03/2019			3,45	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019			1,45	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0002	GEN. DE SUPLO FACIL. ACD 08/2019			5,34	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0002	RENTA HOSPIÇOS BRASIL SDO SIA 05/2019			20,76	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI - Código de Classificação do Bem	TOTAL	120,02	18,35	21,15	18,95	0,60	3,92
Tarifas e Tributos	0,007980						

Última leitura medidor (kWh)	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
120	<b>30/05/2019</b>	<b>R\$ 120,62</b>
Histórico de Consumo (kWh)		

189	200	187	169	167	170	234	208	263	188	197	171
200/18	3/1/18	Jun/18	Aug/18	Sep/18	Oct/18	Nov/18	Dec/18	Jan/19	Feb/19	Mar/19	Apr/19

RESERVADO AO FISCO

161b 8963.3ac4.8f44.ccf4.f7bc.d1ab.c0cb

### Indicadores de Qualidade

*Continued on page 10*

[illegible]

Value of EUSD (€) 3/2019: 14.437

## ATENÇÃO

## Faturas em atraso

**REATIVADO DE VENCIMENTO:** Caso o(a) futuro(s) não se(s) relacionar(em) pessoalmente em atraso, o Fornecedor poderá ser suspenso(a) a partir de 07/09/2019. Conforme Restrição 414 da ANEEL. O pagamento após esse prazo não elimina a possibilidade de revisão suscitada pelo Fornecedor, caso o Fornecedor não seja suspenso(a) ou anulado(a) após não estar em dia com o pagamento da parcela correspondente. Assim, caso o Fornecedor não pague a parcela em dia, não há a suspensão do contrato, mas a possibilidade de revisão. Fatura sujeita à anulação em qualquer momento de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Fatura não cancelada.

**Contrato Seguro: SEM SEGURO FÁCIL - AGE - 11**

**Contrato Seguro: RENDA HOSPIÇES BRASIL - SCS - 014 - 1**

Cancelamento da cobertura de seguro: O cancelamento da cobertura de seguro poderá ser solicitado a qualquer momento na distribuição.

Abr/19 177,66

## CONCLUSIONS

RS 120.62

83630000001-2 20620147000-5 00801472019-0 05900401019-1





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-904



*Irenice Faustino da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.199.647 2ª via DATA DE EXPEDIÇÃO 22/09/05

NOME IRENICE FAUSTINO DA SILVA  
Inacio Faustino da Costa

FILIAÇÃO Maria Zelia de Souza

Alagoa-Nova-PB 01.07.1966  
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert.Casam.2.896 Fls.284 Liv.B-08

DOC-ORIGEM Cart.Alagoa-Nova-PB

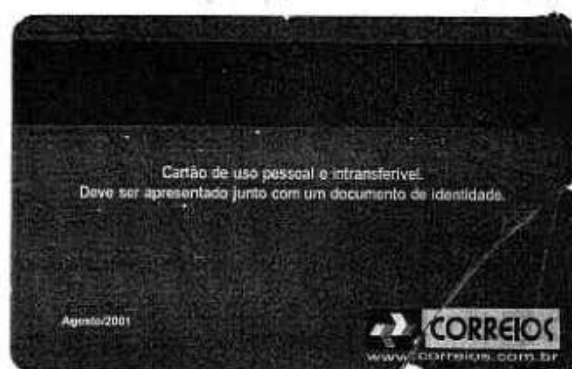
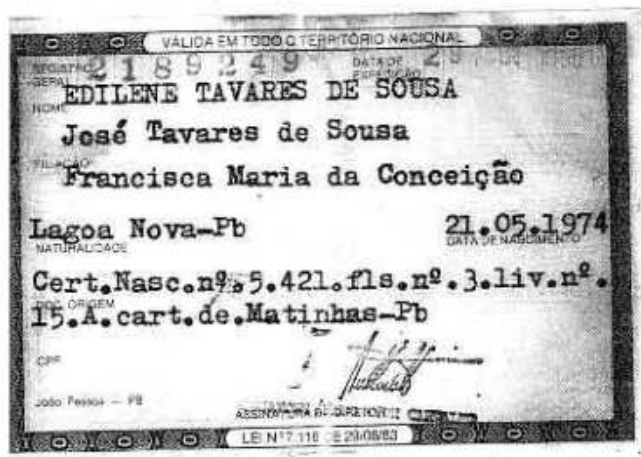
CPF 601.321.324-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83









**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-370 - CNPJ: 09.123.854/0001-87PARA 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 CAMPIN/  
GRANDE PB 58423- 200

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
018.048.200.0382.000	000	2	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
VIAN113389	01/09/2014	EXTERNO	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (M3)   NUM DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA						
493		502		8		51
15/04/2019						
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.						
FEV/2019		8		PARAMETROS 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 M3	75,82
ESGOTO		
RESIDENCIAL 2 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	8 M3	60,66

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 12,62 IPTU E CONEINS LET 12.741/12

VENCIMENTO:

26/03/2019

Total a Pagar:

R\$ 136,48



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

\*\*\* ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO 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 FILHO **Data do acidente:** 22/08/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

### 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 FILHO **Data do acidente:** 22/08/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

### 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

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**Data do acidente:** 22/08/2017

**Titular do CPF:** EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

**CPF de:** Próprio

### 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](http://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

EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENATO LUNA DIAS

