

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 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

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



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

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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 Líder 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 Líder 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



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 pericia não significa prévia conc
a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-lo, case
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: *Irenice*
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 de Lucena*
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>”

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:	Complemento:
APRESENTADO	RUA MANAUS	671	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
BOEHA CAVALCANTE	CAMPINA GRANDE	PB	58440-000
E-mail:	Tel.(DDD):		
	(83)98647-2868		

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

RENDA MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO 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) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0737	CONTA: 102233	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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 avaliação da 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 (no 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: <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, João Pessoa, 03/06/2019
 Nome: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS
 CPF: 206.321.004-78
 Expedito de Oliveira Santos
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: IRENICE FAUSTINO DA SILVA
 CPF: 601.321.324-00
 Irenice Faustino da Silva
 Assinatura

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





TESTEMUNHA	Nome: Irenice 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:
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Alagoa Nova
	Estado Civil: viuvo(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	

TESTEMUNHA	Nome: Maria Grimar Farnades 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:
	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)

(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 pé na 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. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



Delegado(a) de Policia Civil

EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS

EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS

Noticiante

107

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia



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 I EM FRENTE AO Nº 732	Hora 21:45	Bairro SÃO JOSÉ
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
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 ÔNIBUS + 01 PEDESTRE	Controle do Tráfego no Local: SINALIZAÇÃO HORIZONTAL E VERTICAL	Tempo BOM

CONDUTOR 01

Nome: TÁDEU 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
Exame de Embriaguez Alcoólica REALIZADO (0,00MG/L)	U F PB	Ex.Méd./Dia SIM	Data Vencimento 29/03/2019
Destino do Condutor OUTROS	Usava Cinto SIM	Usava Capacete	

VEÍCULO 01

Marca M. BENZ.	Espécie ÔNIBUS	Placa KVA-8663	Categoria ALUGUEL	Município CAMPINA GRANDE	U F 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 fora 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	Usava Cinto	Usava Capacete
Viajava no Veículo Nº	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	CPE 108755114-57	Identidade 3914307
Órgão Emissor SSP	U F 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.



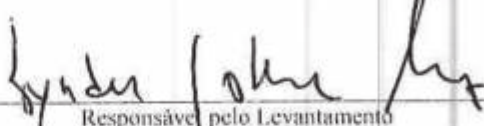
CONSTATADO

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-732-1, 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 a 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 POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

ETIQUETA



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

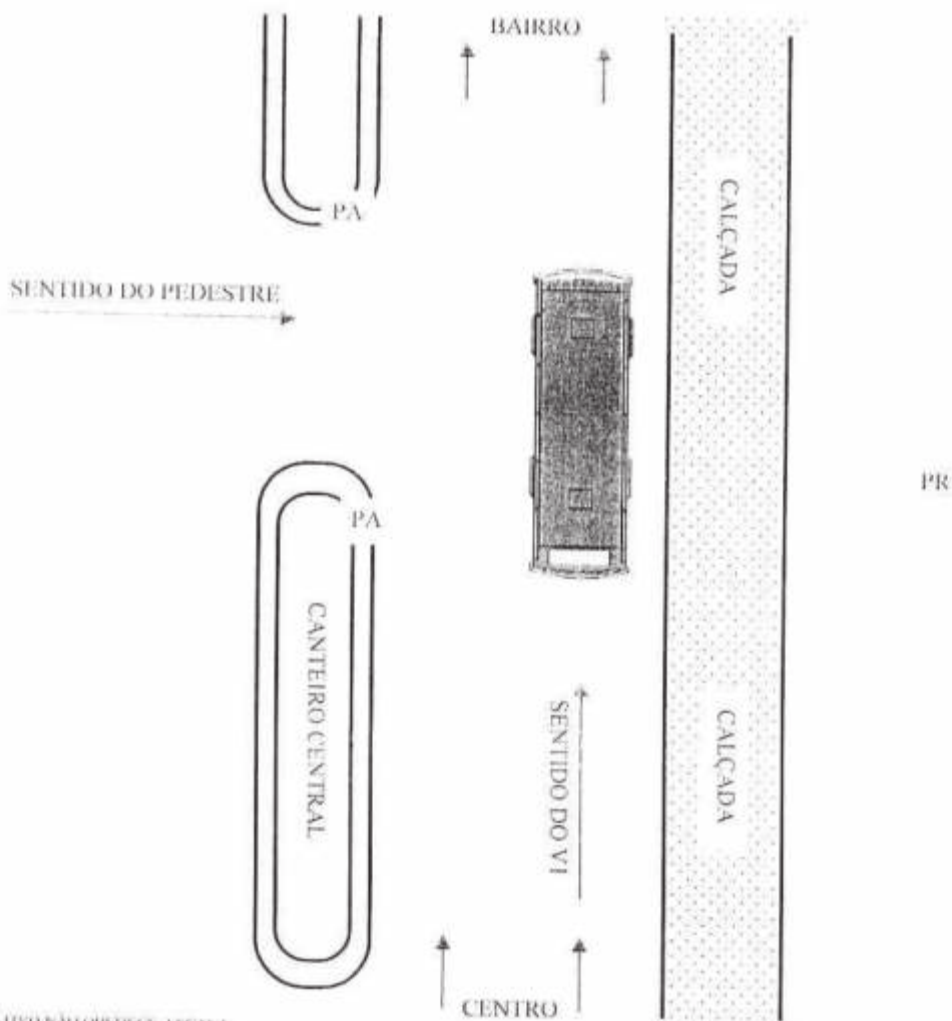
AMARRAÇÕES

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

PR (Ponto de Referência): Pizzaria Nº 732

PA (Ponto de Amarração): Guia do Canteiro

V1 (Veículo 01) Eixo Dianteiro Esquerdo 06,00 e Eixo Traseiro Esquerdo 03,40 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO ORDECE: 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

00000000000000000000

11

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

DANOS NO VI

Marca e Modelo:
M. BENZ

Placa:
KVA-8663/PB

Registral e do Pol. Precat. Insent.:
SGT 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 carroçaria.	M		X	
03	Avaria 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	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.

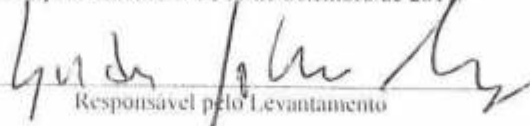
Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade


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





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO 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 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 Líder 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 o pagamento do crédito da indenização de acordo com as informações prestadas, reconhece o recebimento e dá 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 Líder 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



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 pericia não significa prévia conc
a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-lo, case
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: *Irenice*
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>”



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

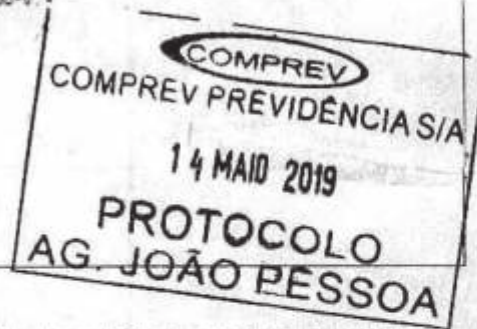
FILIAÇÃO EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS e MARIA SALETE DE OLIVEIRA SANTOS

AVÓS
PATERNO(S): JOSÉ VIEIRA DOS SANTOS e MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTOS ;
MATERNO(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 nº 813 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



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 Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 15 de setembro de 2017.




Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

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

EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS
RUA MANAUS, 871 / CASA - ROCHA CAVALCANTI
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 56400000 (AG: 401)

Emissão: 24/08/2017 Referência: Ago / 2017

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL (R300-R310)
Roteiro: 14 - 401 - 788 - 8000 Nº medidor: C1002014818

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Alça Sudeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP: 58422-700
CNPJ: 08.626.986/0001-95 Insc. Est. 16.003.029-1

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 000 159 232

Cod. psm Deb. Automático: 00000801472

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2017	24/08/2017	25/09/2017	20832100478
UC (Unidade Consumidora):			4/80147-2

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
24/07/17	11992	24/08/17	12072	1	80	31
Demonstrativo						
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor Base	Valor Base
				ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)
0601	Consumo em kWh	80,000	0,000000	80,00	80,00	80,00
0601	Adc. B. Amarela			0,00	0,00	0,00
0601	Adc. B. Verde			0,00	0,00	0,00
LANÇAMENTOS DE SERVIÇOS						
0607	CONTRIBUIÇÃO PUEBIA			0,00	0,00	0,00
0607	BEM SEGURO FÁCIL - A.C.E. 08/2017			0,00	0,00	0,00
0607	RENTA HOSPIQUE BRASIL S/A 08/2017			0,00	0,00	0,00

CDI Código de Classificação do Item TOTAL 92,79 92,74 14,59 92,74 0,00 0,00

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

134

31/08/2017

R\$ 92,79

Histórico de Consumo (kWh)

76 | 81 | 81 | 81 | 108 | 133 | 167 | 169 | 156 | 171 | 181 | 108
Jul/17 | Jun/17 | Mai/17 | Abr/17 | Mar/17 | Fev/17 | Jan/17 | Dez/16 | Nov/16 | Out/16 | Set/16 | Ago/16

38ed.f745.6ba4.2fa4.c35e.0d15.5418.41da.

Indicadores de Qualidade 6/2017 - Campina Grande 2

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,78	0,00	
DIC TRIMESTRAL	11,56		
DIC ANUAL	33,16		
FIC MENSAL	2,42	0,00	
FIC TRIMESTRAL	6,96		
FIC ANUAL	13,70		
DMC	3,37		
DICR	12,22		
			NOMINAL 220
			CONTRATADA
			LIMITE INFERIOR 202
			LIMITE SUPERIOR 231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia S/A	13,03	14,89
Compra de Energia	21,07	22,71
Serviço de Transmissão	0,76	0,82
Encargos Setoriais	5,49	5,91
Impostos Diretos e Encargos	26,17	28,20
Outros Serviços	29,80	32,38
Total	92,79	100,00

Valor em USD (Ref. 6/2017) R\$ 18,43

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Jul/17 80,20

REABERTO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima mencionada(s) não tenha(m) sido paga(s) e o faturamento esteja sendo gerado a partir de 03/09/2017, conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento desta data não elimina a possibilidade de devida suspensão do fornecimento, caso a mesma não seja comunicada de 30 dias antes, e os valores não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

Letra confirmada

Contato Serviço: BEM SEGURO FÁCIL - A.C.E. - 0800 704 0344

Contato Serviço: RENDA HOSPIQUE BRASIL S/A - 0800 771 0820

O cancelamento da cobrança do convênio e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.

BORBOREMA

Roteiro: 14 - 401 - 788 - 8000
Matrícula: 80147-2017-08-7

VENCIMENTO

31/08/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 92,79

83810000000-6 92790147000-9 00801472017-4 08700401019-2



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
14 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
14 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.843.178 - 2ª VIA DATA DE EMISSÃO 09/07/2014

NOME EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

FILIAÇÃO EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS
MARIA SALETE DE OLIVEIRA SANTOS

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 30/07/1989

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº0084916 - LIV.00074 - FLS.086 - CARTORIO
1ª CAMPINA GRANDE PB

016.626.184-09

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA SCIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

L-234

IMPOSSIBILITADO

CAIXEIRA 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.

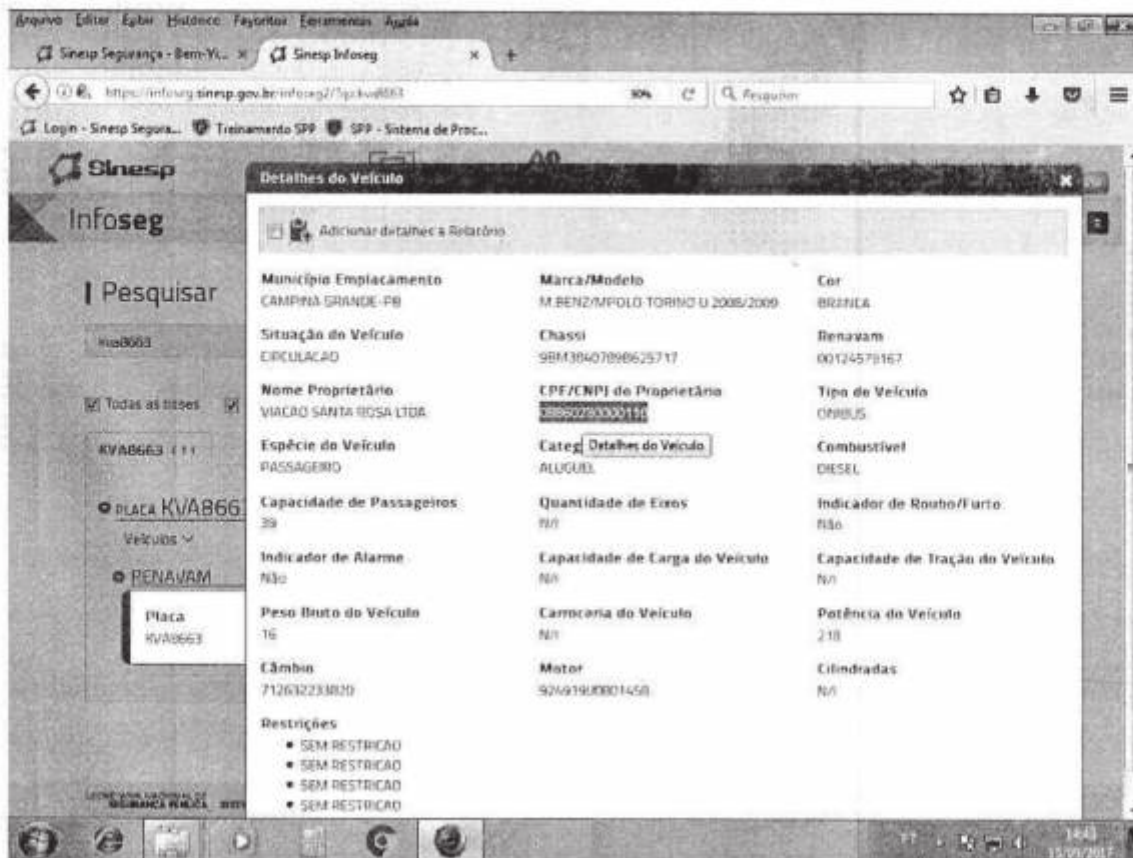
Documentos complementares:

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 TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS

DOC. IDENTIDADE / CPF / RASCÃO DE
7211 IM PS

CPF 206.321.004-78 DATA NASCIMENTO 18/07/1958

FUNÇÃO
JOSE VIEIRA DOS SANTOS
MARIA CECI DE OLIVEIRA

PERMISSÃO ACB CATAR AD

Nº REGISTRO 01069651986 VALIDEZ 29/04/2021 1ª HABILITAÇÃO 19/03/1981

Observações

Assinatura do Titular

LOCAL CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO 03/05/2016

87651494053
98032398441

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1169492996

PROIBIDO PLASTIFICAR
1169492996

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 JUN. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS
RUA MARAUS, 671 / CASA / RIOCHA CAVALCANT
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 5940000 (AG 431)



Legado MONOFÁSICO BR230-KM150-Açaí Budote - Tds Imar - Campo Grande / PB - CEP 59420-700
Co/Std RES MTC 81 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL CNP/06.026 5260001-95 Inc Est 15 000 628 1
Roteiro 14-401-788-8000 Referência Mai/2019
Medidor C1002314878 Emissão: 23/05/2019 Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 073 751 139
Cód. aut. Deb. Automático: 80000050472

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2019	23/05/2019	21/06/2019	206.321.004-78

UC (Unidade Consumidora): 4/80147-2

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 23/04/19	Leitura 36302	Data 23/05/19	Leitura 36406	30

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base	Calc	Alq	Imposto	Outros
001	Consumo em kWh	102.000	0.758873	77.18	77.18	27	20.84	77.18	0.00
001	Adic. B. Amortiz.	1.17	1.17	27	0.01	1.17	0.01	0.01	0.00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
007	CONTRIB. LUM. PÚBLICA	8.46	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
004	J. FOS. DEMORA (3/2019)	1.02	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
005	MULTA (3/2019)	2.45	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA (3/2019)	1.45	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
002	SEM. SÉDUPO FACIL. ACE (05/2019)	5.34	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
002	RENDA HOSPIÇOS BRASIL SÉDU (05/2019)	22.78	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

CC: Código de Classificação do bem	TOTAL	120.62	18.35	21.15	78.95	0.00	0.00
Tarifa de Tributos	0.507393						

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
180	30/05/2019	R\$ 120,62

Histórico de Consumo (kWh)											
180	200	187	169	157	179	234	208	250	189	197	171
Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19

RESERVADO AO FISCO
161b.8963.3ac4.8f44.ccf4.f7bc.d1ab.c0cb

Indicadores de Qualidade			Composição da Contagem		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIRECIONAL	5.79	0.00	Serviço de Cód. da Energia/20	18.87	14.01
DI. TRIMESTRAL	11.58	NOMINAL	Contrib. de Energia	29.25	23.42
DI. ANUAL	23.16		Serviço de Transmissão	3.85	3.07
DI. SEMESTRAL	3.38		Encargos Sociais	2.61	2.16
DI. TRIMESTRAL	6.77	CONTRATADA	Imposto de Renda e Encargos	41.97	34.80
DI. ANUAL	13.54	LMITE INFERIOR	Outros Serviços	28.15	22.84
DI. SEMESTRAL	3.38	LMITE SUPERIOR			
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. ANUAL	13.54				
DI. SEMESTRAL	3.38				
DI. TRIMESTRAL	6.77				
DI. AN					

REPUBLICA 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

DCC-ORIGEM Cart.Alagoa-Nova-PB

CPF 601.321.324-00

Assinatura - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARANÁ
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

11552034

REFERÊNCIA

MAY/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO - RESIDENCIAL

LUANDERSON PAULISTINO SILVA
RUA MARIA NEULB DA SILVA, 55 - ANA AMÉLIA CAMPINA
GRANDE PB 58423-130

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
018.048.085-0-65.001	1000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V14S 120391	17-10-2014	ESTRADA DE CASAS	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA		
840	801	25	30	14/06/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. E QUANT. ÁGUA-ESGOTO POR 05/2017 MS.						
ABR/2019	13	PARÂMETROS ESTAB.		ANALIS.	CONFORMES	
MAR/2019	17	TURBID. (NTU)		178	174	178
FEV/2019	20	CLORO		175	174	178
JAN/2019	17	COL. T. RMPT		0	0	0
DEZ/2018	14	COR		55	131	130
NOV/2018	16	COL. TOTAIS		178	174	178
MÉDIA (M3)	15	DADOS REFERENTES A: MAR/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 15/05/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 07:46:46

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 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 20 M3 - R\$ 3,93 POR M3	5 M3	19,55
ACRESCIMOS (M3) (R\$) ANT. 01/2019		2,62
JUROS DE 10% A 04/2019		1,38

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS-DE 11,24 DÍG. E CONFIN. LEI 32.741/12

VENCIMENTO: 26/05/2019 Total a Pagar: R\$ 116,24



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

EM CONFORMIDADE COM ART. 37 DA LEI 13.007/2009, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDÊNCIA OU FUTURA VENCIDA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DE QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSIS DOS DÉBITOS ATÉ 11/12/2013, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAMENTOS PENDENTES NAS FATURAS DE 2018.



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARANÁ

MATRÍCULA	PERÍODO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11552034	MAY/2019	26/05/2019	R\$ 116,24

8266000001 0 1624010034 4 1155203401 6 05201970003 9



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-10




Edilene Tavares de Sousa

SINISTRADO DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2189249 DATA DE EXPEDIENTE 21/05/1974

EDILENE TAVARES DE SOUSA

Nome José Tavares de Sousa

FILIAÇÃO Francisca Maria da Conceição

Lagoa Nova-Pb 21.05.1974

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert.Nasc.nº 5.421.fls.nº 3.liv.nº.

DO ORDEM

15.A.cart.de.Matinhas-Pb

CPF

Assinatura do Titular

Assinatura do Diretor

LE Nº 118 - 21/05/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

049 340.264-01

EDILENE TAVARES DE SOUSA

21/05/1974

Cartão de uso pessoal e intransferível.

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Agosto/2001

CORREIOS

www.correios.com.br

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 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 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		
V14N113380	01/09/2014	EXTERNO	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA						
493	502	8	31	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\$ 17,62 PIS E COFINS 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:

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 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