

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2014

Carta nº: 5370209

A/C: DAMIANA ROQUE COSME

Sinistro: 2014866403
Vitima: JOSE VITOR ROQUE DANTAS
Data Acidente: 21/10/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CONFIANÇA CIA DE SEGUROS de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2014

Carta nº: 5499777

A/C: DAMIANA ROQUE COSME

Sinistro: 2014866403
Vítima: JOSE VITOR ROQUE DANTAS
Data Acidente: 21/10/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2014

Carta nº: 5658180

A/C: DAMIANA ROQUE COSME

Sinistro: 2014866403
Vítima: JOSE VITOR ROQUE DANTAS
Data Acidente: 21/10/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **DAMIANA ROQUE COSME**

Valor: **R\$ 10.125,00**

Banco: **237**

Agência: **000005774-6**

Conta: **000001000508-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	10.125,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 100%) 75,00%

Valor a indenizar: 75,00% x 13.500,00 =	R\$	10.125,00
---	-----	-----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU Bianca Roque Gomes EM 16/07/07 E
 PORTADOR(A) DO RG. Nº 22.633.92 EXPEDIDO POR SSP PROFISSÃO mãe infante
 CPF 04018410214-00 / CNPJ 000000000000000000
 E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Sore Vitor Roque AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES BAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscep nº 415/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a conseguir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL: operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários;

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA 237- (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 1000508-6

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

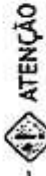
☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL balde do Pagan DATA 09/07/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) José Adriano de Melo Neto



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009), e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurostransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CONFIANÇA SEGUROS

09 OUT. 2014

BRADÉSCO

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA POUPEANÇA

DATA: 15/09/2014

HORA: 12:05 H

FAVORECIDO: DAMIANA ROQUE COSME

AGENCIA: 5774-6 CONTA: 1000508-6

DEPOSITANTE: D PRÓPRIO FAVORECIDO

AG. ACOELHEDORA: 5774 N. SEQ: 00157 TERM: 101 AUT: 000

VALOR EM DINHEIRO:

50,00



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 231/2014



Data do Fato: 21 de outubro de 2012.
Comunicação: 11 de setembro de 2014
Natureza do Fato: acidente c/veículo automotor
Local do Fato: Brejo do Cruz- PB

Comunicante: DAMIANA ROQUE COSME, brasileira, solteira, agricultora, portadora do RG Nº 2263392 SSP/RN, com 41 anos de idade, nascida no dia 10 de maio de 1973, natural de Brejo do Cruz - PB, filha de Manoel Cosme e de Benedita da Conceição Roque, residente e domiciliada no Sítio: Santa Rosa de Cima - Brejo do Cruz - PB.

Narração do fato: Afirma a comunicante que no dia 21 de outubro do ano de 2012, na estrada que liga Brejo do Cruz - PB a Belém de Brejo do Cruz - PB, por volta das 11:30 horas, seu filho de nome JOSÉ VITOR ROQUE DANTAS, brasileiro, solteiro, com 13 anos de idade, estudante, natural de Brejo do Cruz - PB, filho de Francinaldo Dantas dos Santos e de Damiana Roque Cosme, residente e domiciliado no Sítio: Santa Rosa de Cima - Brejo do Cruz - PB, encontrava-se na motocicleta marca HONDA/CG 125 TITAN KS, de cor VERDE, de ano e modelo 2001/2001, de placa MNJ2334/PB, de chassi 9C2JC30101R146005, licenciada e registrada em nome de FRANCINALDO DANTAS DOS SANTOS, a motocicleta estava sendo conduzida pelo o seu pai o Sr. FRANCINALDO DANTAS DOS SANTOS, atravessou um cachorro perdeu o controle da motocicleta caindo em grande distância ficando seu filho, gravemente ferido, foi socorrido para o HOSPITAL LOCAL, nesta cidade, onde foi feito os primeiros procedimentos e devido a gravidade dos ferimentos foi removido para o HOSPITAL DE TRAUMAS, na cidade de Campina Grande, teve TRAUMATISMO CRANIANO, foi cirurgiado e ficou em observações médicas por 05 dias. Nada mais disse. O referido é verdade. Dou Fé.

O Comunicante está cientificado das imputações culminadas nos artigos 299 e 340 do CPB.

OBS: ESTE DOCUMENTO CERTIDÃO TEM A VALIDADE DE TRINTA (30) APÓS A DATA DA SUA EXPEDIÇÃO.

CONFIANÇA SEGUROS

09 OUT. 2014

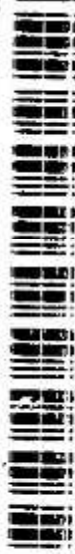


Comunicante


Teresinha Silveira Garcia

Escrivã Ad-Hoc





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Daniela Pequeno LemeRG nº 2263392 data de expedição 16/01/02, órgão SSP

CPF nº 046187024-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sít. Santa Rosa de Lima</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Brigido do Brum</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58889-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 96696999 / 93339.2797 / 96540052</u>
E-mail	

por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Catolé do Rocha, 11/09/14

Assinatura do Declarante: Jose Adriano de Melo Neto

CONFIANÇA SEGUROS
09 OUT. 2014

1270-1271

[illegible]

13165 SUNDANCE PLAZA / COLETTESQUE RURAL WOODS
Plymouth 5/01/2013
Blossom 11/09/2013
Plymouth 3-720-408-7050
donor@nashville.com

5/1058316-9

— a parte de 2014, quando o governo decidiu enviar a Assembleia Constituinte o projeto de lei que altera o artigo 170 da Constituição, que trata da livre iniciativa econômica. A proposta prevê a criação de uma comissão de especialistas para avaliar o impacto econômico das alterações e, em seguida, apresentar um relatório à Assembleia. A comissão também deverá avaliar o impacto das alterações na competitividade do Brasil e na geração de empregos. A proposta também prevê a criação de uma comissão de especialistas para avaliar o impacto econômico das alterações e, em seguida, apresentar um relatório à Assembleia. A comissão também deverá avaliar o impacto das alterações na competitividade do Brasil e na geração de empregos.

What's New? New and improved!

927506216
FATURAS VENCIDAS ATE
02/11/2013 PAGAS
NÃO SAO

Date	Labors	Data	Labors
1963/12	1963/12	1963/12	1963/12

APÓSTOLOS E EMBARCACÃO
PO
CONFES
JIMOS (E MORIA 11/2013)
JAFECO DE MORIA 08/2013
MASTACIZBZ
MUL TA 08/2013
CMAS 08/2013

[illegible][illegible]

**REPORT OF THE
COMMISSIONER OF THE
REVENUE DEPARTMENT**

7/2010-6/1/10 04:02

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	BALANCE
10/01	OPENING BALANCE	100.00	100.00
10/05	PAYROLL	25.00	75.00
10/10	RENT	50.00	25.00
10/15	SALES	150.00	175.00
10/20	PAYROLL	25.00	150.00
10/25	RENT	50.00	100.00
10/30	SALES	100.00	200.00
10/31	CLOSING BALANCE		200.00

R\$ 13,24

23/09/2013

[illegible]

1993
valor do encargo de Lda de Salvo de Debitos de
R\$ 7.700,00

1. **Nome e endereço do interessado:** *Dr. João da Silva, Rua das Flores, 123, São Paulo, SP.*
 2. **Assunto:** *Requerimento de registro de candidatura para o cargo de Vereador no Município de São Paulo.*
 3. **Assinatura:** *João da Silva*
 4. **Data:** *15/08/2023*
 5. **Local:** *São Paulo, SP*

0 6 6 1100 2100
CONTINUA A SEGUIRE



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Soré Adriano de Melo Maia, portador(a) do

RG nº 2573493, expedido por SSP, em

07/08/08, CPF/CNPJ nº 057255634-20,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Daniela

Reque Carmelo do sinistro de DPVAT da natureza invalid

da vítima Soré Vitor Reque Santos e conforme

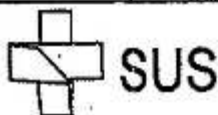
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: _____ Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: _____

Soré Adriano de Melo Maia
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Sistema Único de Saúde

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
MÉDICO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SAÚDE (UPS)

Código da Unidade: 2342715 CNPJ/CPF: 08.767.154/0001-15

Nome: Hospital Municipal Dr. Odilon Maia Filho

Endereço: R. Petronilo Ribeiro, S/N

Município: BREJO DO CRUZ Estado: PARAÍBA UF: 25

Nome: Rose Vitor Roque Pontes Sexo: M Idade: 11

Profissão: Documento: 1

Endereço: St. Santa Rosa Bairro: F. Rural

Município: Brejo do Cruz Estado: PB CEP: 58890-000

Data do Atendimento: 21/10/12 Código do Município:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Mãe com quadro de quada de
mãe e filho enfado e TET

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. 19x10cm 25x11
2. 10x10cm 10x10
3. 10x10cm 10x10
4. 10x10cm 10x10
5. 10x10cm 10x10

DIAGNÓSTICO:

Queda de mãe

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB)

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

- ☐ 01-ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA;
☐ 02-PRIMEIRA CONSULTA;
☐ 03-CONSULTA SUBSEQUENTE;
☐ 04-ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 05-VACINAÇÃO DE ROTINA;
☐ 06-VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
☐ 07-VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
☐ 08-PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 09-CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

☐ 1-PRESCRITA☐ OBSERVAÇÃO☐ RESIDÊNCIA☐ INTERNAÇÃO☐ 2-APLICADA☐ OUTRO HOSPITAL☐ ÓBITO☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

10120110160101249

1212511215

101111

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

Dr. André Valente Lopes
Médico
CRM/RN 65114/PB 7474
CNS: 3500749421595

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU PEGUE O DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO



10040

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

INDUSTRIAL 2263392 1.VIA DATA DE 16/01/2001

COPIA

NOVO

MANOEL COSME

BENEDITA DA CONCEICAO ROQUE

NATURALEZA: BREJO DO CRUZ PB

DATA DE NASCIMENTO: 10/05/1973

CERT. NASC. No. 12388 L. 12 F. 165

BREJO DO CRUZ PB

1 CARTORIO

Ass. Dulce (Ass. Benef. Doc. 1)

COPIA CNRG 89.07.83

Calço - RN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

PRO GRANDE DO NORTE

Ass. Alfabetizado (a)

Assinatura do titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Doador de Órgãos e Tecido

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

*100403



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

046.187.024-00

Nome

DAMIANA ROQUE COSME

Nascimento

101 05: 1973

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 003.373.496

20/03/2013

DATA DE EMISSÃO

FRANCINALDO DANTAS DOS SANTOS

FUNÇÃO

JOSE VITOR ROQUE DANTAS

NOME

NATURALIDADE

BREJO DO CRUZ PB

DOC. ORDEM

CERT. DE NASCIMENTO L-2-14 F-95 RG-14507

BREJO DO CRUZ PB-CARTÓRIO ÚNICO CARTÓRIO

1a: VIA

05/09/2001

DATA DE NASCIMENTO

704.688.074-38

Assessoria de Planejamento e Desenvolvimento

Coordenador de CDB

ITP

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Assessoria de Planejamento e Desenvolvimento

Assinatura do Titular

JOSE VITOR ROQUE DANTAS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*100403



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

704.688.074-38

Nome

JOSE VITOR ROQUE DANTAS

Nascimento

05/09/2001

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE VITOR ROQUE DANTAS** Sinistro: **2014866403** Data: **21/10/2012**

Endereço do(a) Examinado(a): **SIT SANTA ROSA DE CIMA, S/N - AREA RURAL - Brejo do Cruz - PB - CEP 58890-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /RN**] **2263392**

Data local do exame: [**31/10/2014**] **Cajazeiras** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TCE com fratura temporal esquerda e otorragia. Presença de distúrbio do comportamento, do sono, episódios de cefaleia, tonteados, distúrbio da memória remota e recente.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Periciando sequelado de TCE com fratura temporal esquerda e otorragia permanecendo em coma por um período de 4 dias, submetido a craniotomia. Paciente teve alta definitiva em 15/04/2014

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Sequela neurológica

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

Sequela neurológica

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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



José Gerardo Vale Matos - CRM: 3216 - CE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Damiana Pequere Lorne, portador da carteira de identidade nº 2263392, e inscrito no CPF/MF sob o nº 046187024-00, residente e domiciliado na Sit. Santa Rosa de Lima, SIN, Cidade Buço do Brejo, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou:

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

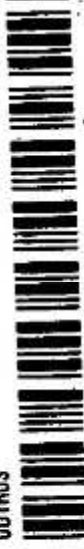
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento à análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

OUTROS

1004054



José Roberto de Melo Vieira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

batole do Rara, 11/09/74

Local e data



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014866403 **Cidade:** Brejo do Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE VITOR ROQUE DANTAS **Data do acidente:** 21/10/2012 **Seguradora:** CONFIANÇA CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: NÃO IDENTIFICADO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

CNPJ/MF 09.223.298/0001-73

CATOLÉ DO ROCHA - PB - 1º OFÍCIO - Serventia Extrajudicial

TEREZINHA SALDANHA SUASSUNA

Tabella e Registradora

ROSEMERE SUASSUNA SALDANHA

Substituta

EXEMPLO DE PROCURAÇÕES, PROTESTOS, REGISTRO DE IMÓVEIS, AUTENTICAÇÕES, RECONHECIMENTO DE FIRMAS ETC...

PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: DAMIANA ROQUE COSME.

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração virem que aos 15 dias do mês de setembro do ano de 2014, nesta cidade de CATOLÉ DO ROCHA, Estado da Paraíba, neste cartório, perante mim Substituta compareceu como **OUTORGANTE** DAMIANA ROQUE COSME, brasileira, solteira, agricultora, portadora do RG n° 2263392 SSP/RN e CPF n° 046.187.024-00, residente e domiciliada no Sítio Santa Rosa, zona rural, Brejo do Cruz - PB, reconhecida como a própria por mim Tabeliã Substituta pelos documentos originais a mim apresentados, bem como a capacidade para o ato pelas respostas às perguntas que lhes fiz, do que dou fé. Pela outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia e constitui seu bastante **PROCURADOR** JOSÉ ADRIANO DE MELO MAIA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG n° 2.573.493 2ª via SSDS/PB e CPF n° 051.255.634-20, residente e domiciliado no Sítio Santa Rosa, zona rural, Brejo do Cruz - PB, a quem concede **PODERES** para o foro em geral, com a parte final do art. 38 do CPC e especialmente para representação junto a qualquer **SEGURADORA DO PAÍS**, e/ou quaisquer outras repartições competentes, onde com esta se apresentar neste País, requerer e receber seguro DPVAT, relativo a um acidente que aconteceu na estrada que liga Brejo do Cruz - PB a Belém do Brejo do Cruz - PB, envolvendo o filho da outorgante, José Vitor Roque Dantas, brasileiro, solteiro, menor de idade, estudante, natural de Brejo do Cruz - PB, encontrava-se na motocicleta marca: HONDA/CG 125 TITAN KS, cor: verde, ano mod: 2001/2001, placa: MNJ2334/PB, CHASSI: 9C2JC30101R146005, licenciada e registrada em nome de Francinaldo Dantas dos Santos; ainda quaisquer outras vantagens, podendo para tanto dita procuradora, assinar e preencher requerimentos, receber alvará, formulários, aceitar e passar recibos, dar quitação, concordar, discordar, transigir, desistir, assinar todo e qualquer documento que exija a presença e/ou intervenção do(s) outorgante(s), representa-lo(s) em qualquer instituição de crédito, enfim praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho das funções de mandato e poderes mesmo que aqui não expressamente nomeados, inclusive substabelecer. E como assim o disse do que dou fé, a outorgante este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. Foi dispensada à apresentação de testemunhas conforme Provimento 03/87 da Corregedoria Geral da Justiça deste Estado. As.: ROSEMERE SUASSUNA SALDANHA; a rogo pela outorgante, MARIA BETANIA DE FRANÇA, brasileira, casada, agricultora, portadora da carteira de identidade de n° 2008446 e CPF n° 010.833.564-02, residente na Rua Fundador Rocha, 69, centro, nesta cidade de Catolé do Rocha - PB Eu ROSEMERE SUASSUNA SALDANHA, Notária Substituta, subcrevo

RUA FUNDADOR ROCHA, 88, CENTRO - CATOLÉ DO ROCHA - Paraíba - Fone: 3441-1322 / Fax: 3441-1322



PROCURAÇÃO

1004050

CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO

Em testemunho da verdade. Dou fé. CATOLÉ DO ROCHA, 15 de setembro de 2014.. Está conforme o original. Dou fé. Trasladaada hoje.

Rosemere Suassuna Saldanha
ROSEMERE SUASSUNA SALDANHA
Notária Substituta

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Catolé do Rocha-PB
Terezinha Saldanha Suassuna
TABELIA
Rosemere Suassuna Saldanha
SUBSTITUTA

Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba
SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO
Selo Normal A
PROCURAÇÃO SEM VALOR
AAF24120-L34I
Confira os dados do ato em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emolumentos R\$: 37,46
FARPEN R\$: 3,98 FEP J R\$: 1,12