



Número: **0079616-89.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA (AUTOR)		DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74334736	29/01/2021 16:58	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1595 (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, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200152052 Vítima: MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA

Data do Acidente: 05/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA

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

Pág. 0176301754 - carta_01 - INVAL [30.2]



Carta nº 15716628





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1595 (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, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200152052 Vítima: MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA

Data do Acidente: 05/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois o entregue não permite a leitura das informações.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois o entregue não permite a leitura das informações.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue não permite a leitura completa das informações.

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

Carta nº 15717737





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1595 (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, 04 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200152052 Vítima: MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA

Data do Acidente: 05/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

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: 10805102006 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 15744010





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1595 (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, 21 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152052

Vítima: MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA

Data do Acidente: 05/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoa: Perda completa da mobilidade de um tomazelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004759

Conta: 0000013343-4

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

Pag. 0020800310 - cart. 30 - INVAL PERZ

0020800310







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

3200152052

CLASSE DE FUNDAMENTO DO SEGURO ☒ DANO DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

1. NOME COMPLETO DO VITIMADO: MATHEUS DOS SANTOS VASCONCELOS ROCHA
2. NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

3. ENDEREÇO DO VITIMADO: RUA 111, 203, 14500-000 MATHEUS DOS SANTOS VASCONCELOS ROCHA
4. ENDEREÇO DO BENEFICIÁRIO: RUA 111, 203, 14500-000 MATHEUS DOS SANTOS VASCONCELOS ROCHA

5. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

6. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

7. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

8. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

9. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

10. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

11. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

12. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

13. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

14. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

15. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

16. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

17. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

18. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

19. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

20. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

21. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

22. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

23. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

24. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

25. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

26. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

27. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

28. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

29. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

30. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

31. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

32. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

33. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

34. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

35. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

36. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

37. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

38. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

39. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

40. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

41. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

42. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

43. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

44. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

45. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

46. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

47. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

48. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

49. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

50. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

51. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

52. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

53. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

54. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

55. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

56. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

57. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

58. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

59. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

60. DATA DO SEGURO: 11/11/2020

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/01/2021 16:58:10

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012916581070300000072856517

Número do documento: 21012916581070300000072856517



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 20E2093000094

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/04/2020** às **16:53**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 5/11/2019 às 15:00

Local de entrega no endereço: **AVENIDA DOUTOR JOSE RUFINO, 1 - Bairro: BARRO RECIFE/PERNAMBUCO-BRASIL CEP: 50760-300** Ponto de Referência: **CRECHE MUNICIPAL TANCREDO NEVES**
Local do Pato: **VIA PUBLICA**

Результаты исследования по сравнению:

A INVESTIGAR: AUTOR: AGENTE: ARVAL BRASL. LTDA (OUTRO) CARLOS BERNARDO DOS SANTOS (OUTRO) MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA (VITIMA);

Crise în viaa emigranilor și în dezvoltarea

AFILIAO (filado na geração da ocorrência): que estava em posse de(a) Sr(a) MATHIEUS JOSE
 A550457 ROCHEA
 AFILIAO (filado na geração da ocorrência): que estava em posse de(a) Sr(a) A INVESTIGAR

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

MATHEUS JOSÉ VASQUEZ ROCHA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUCIA HELENA BEZERRA VASQUEZ fil.: MAURICIO ROCHA BEZERRA DE LIMA Data de Nascimento: 9/3/1999 Nacionalidade: RECIFE - PERNAMBUCO - BRASIL Documento: 10125463303 PE (RG) 11752399400 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Filiação: 2º GRAU COMPLETO Profissão: AUTÔNOMO(A) Endereço Residencial: RUA ITAPETINGINHA, 93 - CEP: 55000-000 - Bairro: CURADO - RECIFE/PERNAMBUCO-BRASIL

04/1961 - PRA50 - 1 TTA - Rampa de Ariz-2008: NÃO INFORMADO

Nome do Representante - Cargo de Representação - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial - Telefone de Contato

CARLOS BERNARDO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino, Tribo: NãO INFORMADO, PERNAMBUCO, BRASIL

A INVESTIGAR (nao presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO -
PERNAMBUCO, BRASIL

* 14-2070, 9-28 PM



VEICULO (VEICULO) de propriedade de: (Nome) **CARLOS BERNARDO DOS SANTOS** que estava em posse de: (Nome) **MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA**
 Modelo/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA CG 160 FAN** Data: **15/05/2016**
 Local: **GUINIA** Unidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
 País: **PORTO RICO**

BRANCA (UNIDADE NÃO INFORMADA)

INFORMA A VITIMA QUE, ESTAVA TRAFEGANDO NA VIA CITADA, QUANDO O VEICULO 3, ENFROU
BRUSCAMENTE NA FRENTE DO VEICULO QUE A VITIMA VINHA GUINDO, IMPOSSIBILITANDO A VITIMA DE
FREAR, CAUSANDO A COLISAO, SENDO A VITIMA SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL OTAVIO DE
FREITAS, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO DE NUMERO 338214, CASO ESTE AFETO A DELEGACIA DE
JARDIM SAO PAULO.

MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA
(VITIMA)

father got young brother

ENCARGADO DO REGISTRO: EDILTON PEREIRA GOMES - Matrícula: 169741-6
Emissão: 14/04/2020 às 17:39


$$= 14.2920 - 5.2647t$$






PEDIDO DO SEGURO DPVAT

3200152052

CLASSE DE FAMILIAR DE COBERTURA ☒ SEM DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES ☐ INVALÍDIZ PERMANENTE ☐ MORTE

1. Nome completo do segurado: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

2. Número do documento de identificação: 111.523.114-50

3. Data de nascimento: 11/01/1988

4. Nome completo do beneficiário: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

5. Data de nascimento do beneficiário: 11/01/1988

6. Nome completo do representante legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

7. Data de nascimento do representante legal: 11/01/1988

8. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

9. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

10. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

11. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

12. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

13. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

14. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

15. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

16. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

17. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

18. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

19. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

20. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

21. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

22. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

23. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

24. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

25. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

26. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

27. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

28. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

29. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

30. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

31. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

32. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

33. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

34. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

35. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

36. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

37. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

38. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

39. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

40. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

41. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

42. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

43. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

44. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

45. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

46. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

47. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

48. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

49. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

50. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

51. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

52. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

53. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

54. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

55. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

56. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

57. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

58. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

59. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

60. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

61. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

62. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

63. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988

64. Nome completo do responsável legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

65. Data de nascimento do responsável legal: 11/01/1988



3200152052



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1. Tipo de cobertura: ☐ ÚNICA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES), ☒ INVALIDEZ PERMANENTE, ☐ MORTO

2. Nome completo do segurado: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

3. CPF: 117 583 694 00

4. Nome completo do titular da previdência: MATHEUS JOSÉ VASQUEZ ROCHA

5. Nome completo do beneficiário: MATHEUS JOSÉ VASQUEZ ROCHA

6. Nome completo do representante: ROCHA

7. Nome completo do representante: RELISE

8. Nome completo do representante: RELISE

9. Nome completo do representante: RELISE

10. Nome completo do representante: RELISE

11. Nome completo do representante: RELISE

12. Nome completo do representante: RELISE

13. Nome completo do representante: RELISE

14. Nome completo do representante: RELISE

15. Nome completo do representante: RELISE

16. Nome completo do representante: RELISE

17. Nome completo do representante: RELISE

18. Nome completo do representante: RELISE

19. Nome completo do representante: RELISE

20. Nome completo do representante: RELISE

21. Nome completo do representante: RELISE

22. Nome completo do representante: RELISE

23. Nome completo do representante: RELISE

24. Nome completo do representante: RELISE

25. Nome completo do representante: RELISE

26. Nome completo do representante: RELISE

27. Nome completo do representante: RELISE

28. Nome completo do representante: RELISE

29. Nome completo do representante: RELISE

30. Nome completo do representante: RELISE

31. Nome completo do representante: RELISE

32. Nome completo do representante: RELISE

33. Nome completo do representante: RELISE

34. Nome completo do representante: RELISE

35. Nome completo do representante: RELISE

36. Nome completo do representante: RELISE

37. Nome completo do representante: RELISE

38. Nome completo do representante: RELISE

39. Nome completo do representante: RELISE

40. Nome completo do representante: RELISE

41. Nome completo do representante: RELISE

42. Nome completo do representante: RELISE

43. Nome completo do representante: RELISE

44. Nome completo do representante: RELISE

45. Nome completo do representante: RELISE

46. Nome completo do representante: RELISE

47. Nome completo do representante: RELISE

48. Nome completo do representante: RELISE

49. Nome completo do representante: RELISE

50. Nome completo do representante: RELISE

51. Nome completo do representante: RELISE

52. Nome completo do representante: RELISE

53. Nome completo do representante: RELISE

54. Nome completo do representante: RELISE

55. Nome completo do representante: RELISE

56. Nome completo do representante: RELISE

57. Nome completo do representante: RELISE

58. Nome completo do representante: RELISE

59. Nome completo do representante: RELISE



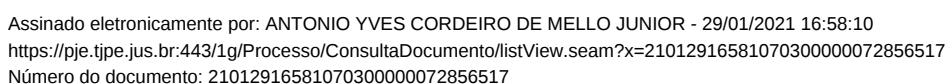
See *Neurospora* PLATE 2

Dr. J. L. L. L.

20. Sergio Paez de Larrea

Curso de Informática e Avaliação

NABU Metropolitanas de Recife



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:	15/05/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04759

CONTA: 000000013343-4

Nr. da Autenticação 0300B12100907603





Author's address: Department of Psychology,
University of California, San Diego,
La Jolla, CA 92037, USA.
E-mail: jacob@ucsd.edu

DATE: 08/15/2010
NAME: JESSE VASQUEZ RICHIA
CALLE: LA TRINIDAD 43 CASA
CUBANO
CALLE: EL COLUMPIO



² <http://www.fishbase.org>



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: OTAVIO DE FREITAS Sobrenome: OTAVIO Data de Nascimento: 10/01/1980 RG: 10.101.101

Sexo: MASCULINO Cor: BRANCO Religião: NÃO

CNPJ: 14.101.101 Nº: 01 Estado: PR

Endereço: Av. ... Cidade: Curitiba UF: PR CEP: 81.101-101

Telefone: (41) 1234-5678 Celular: (41) 98765-4321 Profissão: Engenheiro

ATENDIMENTO: 10/01/2021 16:58 EMERGÊNCIA PLANTONISTA

Diagnóstico: ...

Exames: ...

Tratamento: ...

Observações: ...

Assinatura: ...

Carimbo: ...

Check: ...

Notas: ...

Assinatura: ...

Carimbo: ...





HOSPITAL OTÁVIO JR.
R. ...

...
...

...
...

...
...

...

...

Admissão

Queixa Principal

...

...

História - Janela

...

...

Exame Físico

...

...

Prescrição

...

...

Diagnóstico

...

...

...





SERVIÇO DE
HOSPITAL DAVID DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
2. DATA: 29/01/2021
3. LOCAL: UTI
4. CIRURGIÃO: DR. YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
5. ANESTESIA: RAQUIDIANESTESIA
6. OBJETIVO: RESSEÇÃO DE TUMOR
7. PROCEDIMENTO: RESSEÇÃO DE TUMOR
8. RESULTADO: TUMOR RESSECTADO
9. OBSERVAÇÕES: TUMOR RESSECTADO

RICADU DO ATO OPERATÓRIO

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
2. DATA: 29/01/2021
3. LOCAL: UTI
4. CIRURGIÃO: DR. YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
5. ANESTESIA: RAQUIDIANESTESIA
6. OBJETIVO: RESSEÇÃO DE TUMOR
7. PROCEDIMENTO: RESSEÇÃO DE TUMOR
8. RESULTADO: TUMOR RESSECTADO
9. OBSERVAÇÕES: TUMOR RESSECTADO

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR





HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
SES-PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: MATHEUS JOSÉ VASQUEZ * N DO REGISTRO: 1099264
ROCHA
CLÍNICO: ORTOMED - N DO LEITO: 3-2

OPERADOR: DR. S. CORDEIRO

1º ASSISTENTE: DR. DAQUIM
FERNANDES

INSTRUMENTISTA: F. PINA
ANESTESISTA: DR. ANESTESIA +
R. DOLEIRO

2º ASSISTENTE: DR. JANDERSON
CARVALHO

ANESTESISTA: DRA. VERA
DURÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO: 21/11/21 INÍCIO: TIME:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

OPERAÇÃO PLANEJADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA
PERNA DIREITA

OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM SUPINO SOB RAQUIANESTESIA
2. ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MIM
3. ASSEPSIA E ANTISEPSIA
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS
5. INCISÃO LATERAL DIRETA SOBRE A FIBULA
6. REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FIBULA COM PLACA E PARAFUSOS
7. INCISÃO MEDIAL EM TORNOZELO DIREITO
8. REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DA FRATURA COM TÉCNICA EM PONTE COM PLACA
E PARAFUSOS
9. VISUALIZAÇÃO DA REDUÇÃO SOB RADIOSCOPIA
10. LIMPEZA COM IGT 3,9%
11. SUTURA POR PONTOS
12. CURATIVO
13. LIBERAÇÃO DO GARROTE E VISUALIZADO BOA PERFUSÃO DISTAL
14. A.S.H.

FABRICA
ORTOMED

MATERIAL USADO:

- 01 PLACA 3,5 BLOQUEADA PARA TIBIA DISTAL
- 01 PLACA 3,5 BLOQUEADA PARA FIBULA
- 10 PARAFUSOS BLOQUEADOS
- 07 PARAFUSOS CORTICIAIS

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM: 22754
Régio 1





HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

and H is Pappas's constant $H = 0.68 \times 10^{-7} \text{ s}^{-1}$.

RESUMO DE ALTA

Name: MATHIEUS JOSE VASQUEZ WOLFF

Rev. 09/24 7 of 14

1970-07

$$100 \pm 5 \text{ (P)} \quad 100 \pm 10 \text{ (A)} \quad 100 \pm 10 \text{ (B)} \quad 100 \pm 10 \text{ (C)}$$

DIAGNOSTICS OF ENEMAS

ERATONIA DE PUBLICITAT DIGITAL

DIAGNOSTIC FINAL

D. W. S. MAC

ENVIRONMENTAL HEALTH PERSPECTIVES

PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO COM RIGIDO DE FRALDA

CRATURA DE PÃO TÍPICO. EXCUTIR SEM SEMOIRAS

MATAZOM ORNETACÃO

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΣΥΜΦΩΝΗΤΗΡΙΟ ΑΝΑΜΕΣΕΝ ΑΤΟΜΟΙΣ ΚΑΙ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

[illegible]

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

1975) $R_{\text{max}} = 1.45 \text{ g/dl}$, $E/F = 0.75$, 11.1 kg/d , $\text{MOT}/\text{MOT}_{\text{max}} = 0.14$, $1.922 \sqrt{0.00494} = 0.25 \text{ g/dl}$.
 1977 $R_{\text{max}} = 1.45 \text{ g/dl}$, $E/F = 0.75$, 11.1 kg/d , $\text{MOT}/\text{MOT}_{\text{max}} = 0.14$, $1.922 \sqrt{0.00494} = 0.25 \text{ g/dl}$.

ATESTADO MÉDICO

AVES TO QUE O SEGNADO TMA 1146115 JOSE VASQUEZ, RUC 114620142, DOE

the Lateral Prefrontal cortex (LPFC) and

...necessita de 40, 100 e 200 dias de armazenamento de cada

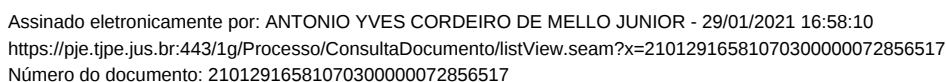
nesta data, por instauração de doença

Diagnóstico: FRATURA DE PLÁSTICO DENTRO

No. 11. 1940.

Lipido - CMC PE

MODA, ESTE ATEUO E UM DO FALSA A FALSA DUMA A PROPOSTA A R/7 APT 36
100 M2S, ARREDA, PRICIA REIC 60 60 40 DE 24 03 78 CENA E LUGAR
PASSA O BOM CENA 77 01 A 15 JUS 28 A 28 04 78 11 00 11 00 11 00 11 00 11 00





HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Rua Francisco de Sá, 100 - Centro - Fone: (031) 3333-1111 FAX: 3333-1111

RECEITUÁRIO/SOLICITAÇÃO DE EXAMES

NOME: MATHIEUS JOSE VASQUEZ ROCHA
REGISTRO: 1099264
LEITO: 9-2
CLINICA: ORTOPEDIA

DECLARAÇÃO MÉDICA

DECLARO PARA TODOS OS FINS TRABALHISTAS QUE O PACIENTE
MATHIEUS JOSE VASQUEZ ROCHA SE ENCONTRA INTERNA-DO
NESTE SERVIÇO COM QUADRO DE FRATURA DE OSSOS DA PERNA
DIREITA.

ADMITIDO NO DIA 05/11/19 E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM
ENFERMARIA ORTOPÉDICA LEITO 9-2 AGUARDANDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM DATA PREVISTA.
CID 10 - S82.3

DATA: 08/11/19

MÉDICO - CRM



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Rua Francisco de Sá, 100 - Centro - Fone: (031) 3333-1111 FAX: 3333-1111

RECEITUÁRIO/SOLICITAÇÃO DE EXAMES

NOME: MATHIEUS JOSE VASQUEZ ROCHA
REGISTRO: 1099264
LEITO: 9-2
CLINICA: ORTOPEDIA

DECLARAÇÃO MÉDICA

DECLARO PARA TODOS OS FINS TRABALHISTAS QUE O PACIENTE
MATHIEUS JOSE VASQUEZ ROCHA SE ENCONTRA INTERNA-DO
NESTE SERVIÇO COM QUADRO DE FRATURA DE OSSOS DA PERNA
DIREITA.

ADMITIDO NO DIA 05/11/19 E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM
ENFERMARIA ORTOPÉDICA LEITO 9-2 AGUARDANDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM DATA PREVISTA.
CID 10 - S82.3

DATA: 08/11/19

MÉDICO - CRM





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3200152052 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA Data do acidente: 05/11/2019 Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações: PG 3 ANEXO 1 - CIRURGIA

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3200152052 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA Data do acidente: 05/11/2019 Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com seqüela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações: PG 3 ANEXO 1 - CIRURGIA

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder do
Comércio do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118380/20

Número do Sinistro: 3200152052

Vítima: MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA

CPF: 117.583.694-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/11/2019

Titular do CPF: MATHEUS JOSE VASQUEZ
ROCHA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA : 117.583.694-00

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/05/2020
Nome: MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA
CPF: 117.583.694-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA

Steffany Carolyn Lins Veloso



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118380/20

Número do Sinistro: 3200152052

Vítima: MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA

CPF: 117.583.694-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/11/2019

Titular do CPF: MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/05/2020
Nome: MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA
CPF: 117.583.694-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/05/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA

Steffany Caroliny Lins Veloso



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder do
Comércio do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118380/20

Vítima: MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA

CPF: 117.583.694-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/11/2019

Titular do CPF: MATHEUS JOSE VASQUEZ
ROCHA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de registro de acidente declarado

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA : 117.583.694-00

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data de apresentação: 20/04/2020
Nome: MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA
CPF: 117.583.694-00

MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

