
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



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



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



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 Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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



3 - Cobertura (NÃO) Total ou Parcial da cobertura: ☐ DANI (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

10 - Nº do documento: 117 383 694 00

4 - Nome completo do segurado: MARCELO JOSE VASQUEZ ROCHA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DO PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2012

1 - Nome completo do segurado: MARCELO JOSE VASQUEZ ROCHA

6 - CPF: 117 383 694 00

2 - Endereço: RUA MARCELO VASQUEZ

8 - Número: 33

10 - Complemento:

11 - Cidade: EL DORADO

12 - Estado: RORAIMA

13 - Data: 16/09/2010

14 - Hora: 10:10

15 - Nome completo do representante legal: MARCELO JOSE VASQUEZ ROCHA

16 - CPF: 117 383 694 00

17 - Função do representante legal (pai, tutor e curador) para vítima/beneficiário menor entre 0 a 13 anos ou incapaz com curador

18 - Assinatura do representante legal

19 - Nº do documento: 117 383 694 00

20 - Profissão do representante legal

21 - Declaração de conhecimento do segurado de que o seguro DPVAT é de natureza obrigatória, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA):

22 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ REFUSO EM INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$2.000,00
☐ R\$2.000,00 A R\$7.500,00

☐ R\$7.500,00 A R\$15.000,00
☐ ACIMA DE R\$15.000,00

23 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEANÇA (contas correntes e poupanças de pessoas físicas)

☐ CONTA CORRENTE (contas correntes de pessoas físicas)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (342)

☐ Banco do Brasil (201) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 445

CONTA: 3343

AGÊNCIA:

CONTA:

Assinatura: (assinatura do segurado)

Assinatura: (assinatura do representante legal)

Assinatura: (assinatura do representante legal)

Assinatura: (assinatura do representante legal)

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

☒ Declaro, sob as penas da lei, que não sou médico ou profissional habilitado para emitir laudo médico e, portanto, não sou responsável por qualquer erro ou omissão no preenchimento deste formulário.

- Não sou médico que atende a região do acidente ou da moradia do segurado.
- Não sou médico que atende a região do acidente ou da moradia do segurado para fins do seguro DPVAT.
- Não sou médico que atende a região do acidente ou da moradia do segurado para fins do seguro DPVAT.

25 - Declaração de conhecimento do segurado de que o seguro DPVAT é de natureza obrigatória, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA):

26 - Declaração de conhecimento do segurado de que o seguro DPVAT é de natureza obrigatória, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA):

DECLARAÇÃO DE UNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

27 - Estado civil do segurado: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Divorciado) ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

28 - Data da morte do segurado:

29 - Se o segurado tem filhos menores: ☐ Sim ☐ Não

30 - Se o segurado tem filhos maiores: ☐ Sim ☐ Não

31 - Se o segurado tem filhos maiores: ☐ Sim ☐ Não

32 - Se o segurado tem filhos maiores: ☐ Sim ☐ Não

33 - Declaração de conhecimento do segurado de que o seguro DPVAT é de natureza obrigatória, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA):

34 - Nome legítimo de quem sofreu o acidente (se houver):

35 - Nome legítimo de quem sofreu o acidente (se houver):

36 - Nome legítimo de quem sofreu o acidente (se houver):

37 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura do beneficiário

38 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura do beneficiário

39 - Assinatura do segurado: *Marcelo Jose Vasquez Rocha*

40 - Assinatura do representante legal: *Marcelo Jose Vasquez Rocha*

41 - Assinatura do beneficiário (se houver):

42 - Assinatura do beneficiário (se houver):

43 - Assinatura do beneficiário (se houver):

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO AUTORIZADO

TESTEMUNHAS

3200152052



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha (as) tipo(s) de cobertura: ☒ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

1 - Nº do sistema AS: 2 - CPF da vítima: 117 523 694 00 4 - Nome completo da vítima: MATHEUS JOSÉ VASQUEZ ROCHA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2012

5 - Nome completo: MATHEUS JOSÉ VASQUEZ ROCHA 6 - CPF: 117 523 694 00
7 - Profissão: PESSOEIRO 8 - Endereço: RUA ITAPETININGA 9 - Número: 93 10 - Complemento:
11 - Bairro: CURADO 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50790-410
15 - Tel. (DDD): 81 92459-2709

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informada, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Ocorrente para as famílias ilhas. Apresente uma cópia): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (342) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 4759 CONTA: 13343 4 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a separação e a averbação na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/membrando do Seguro DPVAT, a ser pago, de acordo com o valor da indenização, desde já e somente após a efetivação do crédito, autuação total do valor recebido.

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

- ☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou responsabilizado por apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (art. 204, I, Lei 13.147/14), uma vez que:
- Não há IML que atende 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.

Declaro a apresentação da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessária, as vezes de seguir para a LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei 13.147/14.

Declaro que esta declaração não significa prejuízo contencioso com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso eu discordar da conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado (Vítima): ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não 30 - Vítima deixou irmãos/irmãs? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem, em 180 dias, a partir da morte, a falta de qualquer pensão ou de qualquer renda não vinculada ao valor recebido, além da mesma condição prevista no artigo 205 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a seguir)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a seguir)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a seguir)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

04 DE MAIO DE 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (casilhete)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

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 - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/11/2019** às **15:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR JOSE RUFINO, 1** - Bairro: **BARRO** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **50780-300** - Ponto de Referência: **CRECHE MUNICIPAL**
TANCREDO NEVES
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A INVESTIGAR (AUTOR / AGENTE)
ARVAL BRASIL LTDA (OUTRO)
CARLOS BERNARDO DOS SANTOS (OUTRO)
MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **A INVESTIGAR**

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

MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUCIA HELENA BEZERRA VASQUEZ** Pai: **MAURICIO ROCHA BEZERRA DE LIMA** Data de Nascimento: **9/3/1999** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10125463/3DS/PE (RG), 11758369400 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º, GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**
Endereço Residencial: **RUA ITAPETININGA, 93 - CEP: 55000-000 - Bairro: CURADO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ARVAL BRASIL LTDA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

CARLOS BERNARDO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

A INVESTIGAR (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CARLOS BERNARDO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a) **MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDW9665 (PERNAMBUCO/RECIFE)**

VEICULO 2 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **A INVESTIGAR**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

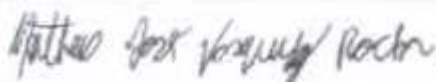
Placa: **QNH4733 (MINAS GERAIS/BELO HORIZONTE)**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE, ESTAVA TRAFEGANDO NA VIA CITADA, QUANDO O VEICULO 2, ENTROU BRUSCAMENTE NA FRENTE DO VEICULO QUE A VITIMA VINHA GUIANDO, IMPOSSIBILITANDO A VITIMA DE FREAR, CAUSANDO A COLISÃO, SENDO A VITIMA SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO DE NUMERO 3398214, CASO ESTE AFETO A DELEGACIA DE JARDIM SÃO PAULO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA
(VITIMA)



B.O. registrado por: **EDILTON PEREIRA GOMES** - Matrícula: **159741-8**
(Liberado em 14/04/2020 às 17:32)



3200152052



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sistema AS: 2 - CPF da vítima: 117 523 69400 4 - Nome completo da vítima: MATHEUS JOSÉ VASQUEZ ROCHA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2012

5 - Nome completo: MATHEUS JOSÉ VASQUEZ ROCHA 6 - CPF: 117 523 694 00
7 - Profissão: PESSOEIRO 8 - Endereço: RUA ITAPETININGA 9 - Número: 93 10 - Complemento:
11 - Bairro: CUIABÁ 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50790-410
15 - Tel. (DDD): 81 98459-2709

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Ocorrente para as famílias ilhas. Apresente uma cópia): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (342) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 4759 CONTA: 13343 4 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a separação e a averbação na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/membrando do Seguro DPVAT, a ser pago, de acordo com o valor da indenização, desde que a mesma seja efetuada após a efetivação do crédito, autuação total do valor recebido.

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

- ☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou responsabilizado por apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (art. 204, I, Lei 13.146/14), uma vez que:
- Não há IML que atende à região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Declaro a apresentação da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessária, as vezes de seguir para a LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei 13.146/14.

Declaro que esta declaração não significa prejuízo contencioso com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso a LIDER não seja a responsável.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não 30 - Vítima deixou irmãos/irmãs? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/pais? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem, em 180 dias, a partir da morte, a falta de qualquer pensão ou de qualquer renda não vinculada ao valor recebido, além da mesma condição prevista no artigo 205 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a requerente):
35 - CPF legível de quem assina o pedido (a requerente):
36 - Assinatura de quem assina o pedido (a requerente):

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 04 DE MAIO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (caso for maior de idade):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Periciador (se houver):

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

3200152052

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

1 - Nº na carteira do AG

2 - CPF da vítima:

117.583.694.00

3 - Nome completo da vítima:

MATHEUS JOSÉ VASQUEZ ROCHA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

4 - Nome e sobrenome:

MATHEUS JOSÉ VASQUEZ ROCHA

5 - CPF:

117.583.694.00

6 - Endereço:

RUA JAPETINIVA

7 - Número:

93

8 - Complemento:

9 - Bairro:

CUNADO

10 - Cidade:

RECIFE

11 - Estado:

PE

12 - CEP:

50.790-410

13 - Telefone:

(81) 98459-8409

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

14 - Nome completo do Representante Legal:

15 - CPF do Representante Legal:

16 - Profissão do Representante Legal:

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

17 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

18 - QUAL BANCÁRIO:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anotar uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4759

CONTA: 13343

4

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 LIDER a circular na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a cada vez que ocorrer a ocorrência de sinistro, desde já e somente após a efetivação do crédito ou liquidação total do valor devido.

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

☒ Declara, sob as penas da lei, que não possui impedimento de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 1.346/14), uma vez que:

- 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.

Declara e comprometo-me a atualizar os meus dados de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a necessidade de laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da seguradora, para a emissão da declaração de invalidez e a quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto no art. 6.134/14.

Declara que esta informação não significa prima concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar dos seus conclusos.

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

21 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

22 - Data do óbito da vítima:

23 - Grau de Parentesco com a vítima:

24 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

26 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

27 - Se tinha filhos, informar vivos:

☐ Sim

☐ Não

28 - Vítima deixou filhos falecidos:

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha irmãos, informar vivos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou pais/via-vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a todos os beneficiários que se apresentarem e provarem a condição de beneficiário, desde que qualquer alteração ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da aplicação da penalidade prevista no artigo 200 do Código Penal.

31

32 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo):

33 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

34 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

35 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Local e Data:

04 DE MAIO DE 2016

Matheus José Vasquez Rocha

38 - Assinatura da vítima/beneficiário(nacional)

39 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

40 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	050.11.2019
DATA	19.11.2019

Atendendo ao requerimento do Sr. **MAURÍCIO ROCHA BEZERRA DE LIMA**, portador do Documento de Identidade nº **4652349** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **922.918.214-15**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-704294**, que no dia 05 de novembro de 2019, o paciente Sr. **MATHEUS JOSÉ VASQUEZ ROCHA**, portador do Documento de Identidade nº **10125463** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **117.583.694-00**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 15h20, na Avenida Dr. José Rufino, imediações à Creche Municipal Tancredo Neves, no bairro Barro, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Geral Otávio de Freitas, Recife, 19 de novembro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife



Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do 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

MAE 11-42
(HABILITAÇÃO ELETRÔNICA - CEDO
PROVA 1 - 05/03/2020)



RECIFE PE 2

MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA
RUA ITAPETININGA 93 CASA
CURADO
50790-410 RECIFE PE



20603853910378000000441030000320

Postagem: 05/03/2020

Vencimento: 15/03/2020



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Load:
10 Arus 7 Mayes 27 Jigs

29/03/1979

Countdown: 11. 07511352 | Creator: W1

LUCIA HELENA BEZERRA VAQUEROZ

Endereço: RUA ILARIETININGA, N.º 93 - BAIRRO CURADO - CIDADE RECIFE - UF PE

Dados do Atendimento:

More Attend: 05/11/2019 14

Protein: 409264

741. *Alphitobius*: 512411a

See also: COLUMBIA

Eserciziario/Leito:

JOÃO LUIZ FERNANDES DE OLIVEIRA NETO

Admissão

Queixa Principal

VIÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, HA 2 H, EVOLUINDO COM DOR E DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA. EDE-4-2
SANGRAMENTO EM REGIÃO CAULANOS DENTRO
NÃO HÁ VÔMITOS OU DIARRÉIA QUEIXAS

História Clínica

1.ª FASE: ACIDENTE DE MOTOCICLISTA, EM 2.ª FASE: EVOLUINDO COM DOR E DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA, EDENIA Z. AUMENTANDO EM REGIÃO CALCANEO DORSAL, BOM DIA, VONTADE DO DENAIS QUEIXA

Exame Físico

VALS ARTERIAIS, GLASGOW 12
TALPAÇÃO MODIFI PROCESSO ESTROFICO COLUNA CERVICAL
OSTEOARTROSE E COXA PERNA D
COLIDIVASCULAR PRESERVADO MID
SACRIFICAMENTO AM FACE POSTERIOR TO PE D

Observações

PRATIMA DRAFTS DE THIRU D

Conduta

INTERNATIONAL PARA TRATAMENTO DE LIXIVADO

Joaquim Fernandes O. Neto
Ortopedista - Traumatologista
CRM-PR 24.517

WILLIAM FERNANDES DE OLIVEIRA NETO - CREA: R/CRM20442

22 June 2019 17:42



SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

PACIENTE: MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA REG 1099264

Cirurgião: Dr. EDSON SOUZA

1º Auxiliar: DRA MONICA

Anestesiista: Dr. FABIO RANIERE

Anestesia: Raquianestesia

Data da Operação: 05/11/19

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DIAFISE TIBIA D + FRATURA TNZ D.

Diagnóstico Pós-operatório: O mesmo

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DIAFISE TIBIA D + FRATURA TNZ D COM FIXADOR EXTERNO

Operação Realizada: A mesma

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia.
2. Assépsia + Antissépsia + aposição de campos cirúrgicos
3. APOSIÇÃO PINO SCHÄNZ EM TIBIA
4. REDUÇÃO FRATURA
5. APOSIÇÃO PINO SCHÄNZ EM CALCANEIO, METATARSO E TIBIA
6. PERFAZENDO UMA ARMAÇÃO DE FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR
7. OBSERVADA BOM REDUÇÃO A RADIOSCOPIA
8. SUTURA
9. CURATIVO
10. TALA GESSADA
11. ASR

ORTOMEDICA

FIXADOR EXTERNO TIBIA A TUBO

Dr. Edson Souza

Dr. Fábio Ranieri

Dr. Edson Souza

Dr. Fábio Ranieri

Edson Souza
Edson Souza
CRM 10.992/64



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA		Nº DO REGISTRO: 1099264
CLINICO: ORTOPEDIA		Nº DO LEITO: 9-2
OPERADOR: DR SANDRELLI		
1º ASSISTENTE: DR JOAQUIM FERNANDES	2º ASSISTENTE: DR JANDERSON CARVALHO	
INSTRUMENTADOR: BRUNA	ANESTESISTA: DRA VERA	
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA + BLOQUEIO	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 21/11/19	INÍCIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA		
OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
2. Esvaziamento e garroteamento de MID
3. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
5. INCISÃO LATERAL DIRETA SOBRE A FIBULA
6. REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FÍBULA COM PLACA + PARAFUSOS
7. INCISÃO MEDIAL EM TORNOZELO DIREITO
8. REALIZADO FIXAÇÃO DA FRATURA COM TECNICA EM PONTE COM PLACA
E PARAFUSOS
9. VISUALIZADO BOA REDUÇÃO SOB RADIOSCOPIA
10. LIMPEZA COM SF 0,9%
11. SUTURA POR PLANOS
12. CURATIVO
13. LIBERAÇÃO DE GARROTE E VISUALIZADO BOA PERFUSÃO DISTAL
14. A SR

EMPRESA:	MATERIAL USADO:
ORTOMEDICA	01 PLACA 3.5 BLOQUEADA PARA TÍBIA DISTAL 01 PLACA 3.5 BLOQUEADA PARA FÍBULA 10 PARAFUSOS BLOQUEADOS 07 PARAFUSOS CORTICAIS

Artur Soares
CRM 26010
Módulo



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Telpló - Recife - PE PABX 31628500

RESUMO DE ALTA

Nome: MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA	
Reg: 1099264	Enf: 09
Leito: 02	
DATA DE ENTRADA: 05/11/19	
DATA DE SAÍDA: 26.11.19	
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:	
FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITO	
DIAGNÓSTICO FINAL:	
O MESMO	
EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):	
PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA	
FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITO ... EVOLUE BEM, SEM QUEIXAS	
ALTA COM ORINETAÇÃO	
DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE:	
PARA CONTROLE EM: 15 DIAS	
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM:	

MATHEUS

HOSPITAL OTAVIO DE FREITASINST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - SUS-PE**ATESTADO MÉDICO**

ATESTO que o segurado MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____ necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITO

26.11.19 Recife,

Médico - CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Telipió - Recife - PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO/SOLICITAÇÃO DE EXAMES

NOME: MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA	REGISTRO: 1099264
CLÍNICA: ORTOPEdia	LEITO 9-2

DECLARAÇÃO MÉDICA

DECLARO PARA TODOS OS FINS TRABALHISTAS QUE O PACIENTE
MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA SE ENCONTRA INTERNADO
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

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Telipió - Recife - PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO/SOLICITAÇÃO DE EXAMES

NOME: MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA	REGISTRO: 1099264
CLÍNICA: ORTOPEdia	LEITO 9-2

DECLARAÇÃO MÉDICA

DECLARO PARA TODOS OS FINS TRABALHISTAS QUE O PACIENTE
MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA SE ENCONTRA INTERNADO
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 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

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

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

MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Steffany Carolyn Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MATHEUS JOSE VASQUEZ ROCHA

Steffany Carolyn Lins Veloso