

---

**Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200361769**

**Vítima: JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA**

**Data do Acidente: 31/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 30 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200361769

Vítima: JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA

Data do Acidente: 31/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%  
Graduação: Em grau residual 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%  
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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: JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000001903-8

Conta: 0000035960-2

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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 no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: 22 - Agência: 23 - Conta: 24 - Agência: 25 - Conta:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem com a documentação necessária, conforme o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprescindível digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: 39 - 2ª Nome: CPF:

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO DA MATA -  
DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0128001692**

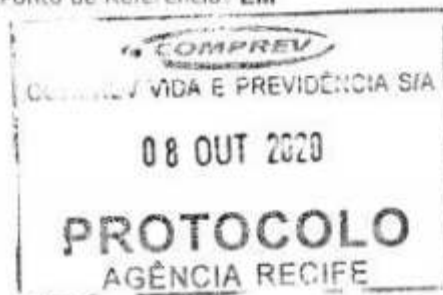
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/08/2020** às **14:56**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **31/5/2020** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR BELMINIO CORREIA, 1** - Bairro: **CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **54705-000** - Ponto de Referência: **EM FRENTE A FIAT LUX**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE )  
MARIA DAS GRACAS DA SILVA COSTA ( OUTRO )  
JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA**

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

**JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA** Pai: **JOSE MANOEL DA COSTA** Data de Nascimento: **27/3/2001** Naturalidade: **SAO LOURENCO DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10165075/SDS/PE (RG), 71130821498 (CPF)** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**  
Endereço Residencial: **RUA CAPIBA, 98 - CEP: 55000-000 - Bairro: PENEDO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MARIA DAS GRACAS DA SILVA COSTA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA DAS GRACAS DA SILVA COSTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QYK0G33** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **123424100** Chassi: **9C2KC2200LR120723**

Ano Fabricação/Modelo: **2020 2020** Combustível: **ALCO/GASOL**  
Descrição: **RENAVAM 1234241002**

### Complemento / Observação

RELATA A VITIMA JOSE HENRIQUE, QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA FAN PRETA DE PLACA QYK0G33, PELA VIA QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE FAZENDO-O PERDER O CONTROLE E CAINDO NA VIA . SENDO POSTERIORMENTE SOCORRIDO POR POPULARES A SANTA CASA DE MISERICORDIA DO RECIFE ONDE FOI CONSTATADO LESÕES, DECORRENTES DA QUEDA, NA CLAVICULA DIREITA E FRATURA NO PÉ ESQUERDO . A VITIMA REALIZOU CIRURGIA PARA REPARAÇÃO DOS TRAUMAS . SEM MAIS .

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

**JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA**  
(VITIMA)

*Jose Henrique Manoel da Costa*

B.O. registrado por: **DENIS PEDRO DA SILVA** - Matrícula: **3869768**  
(Liberado em **17/08/2020** às **15:16**)

*[Faint signature and stamp]*





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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 no 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 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ 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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem com a documentação necessária, desde que não tenham recebido, além da indenização, qualquer outra indenização ou benefício decorrente do mesmo acidente.

34 - Imagem digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: 39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237            AGÊNCIA: 2373-6            CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01903-8

CONTA: 000000035960-2

---

Nr. Autenticação

BRADESCO2810202005000000000023701903000000035960236250 PAGO

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Henrique Manoel da Costa,  
RG nº 10.165.075, data de expedição 18/05/18, Órgão SDS/PE,  
CPF nº 711.308.214-98, venho perante a este instrumento declarar que não  
posso comprovar 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>Rua. CAPIBA</u>
Número	<u>98</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>VENEDO</u>
Cidade	<u>S. IDURANDIA DO MATO</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55.000-00</u>
Telefone de Contato	<u>81-987252014</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife 06 Outubro 2020

Assinatura do Declarante: Jose Henrique Manoel da Costa





## BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSÉ HENRIQUE MANOEL DA COSTA  
Nº DO PRONTUÁRIO: 1204570

### 1. Admissão Hospitalar:

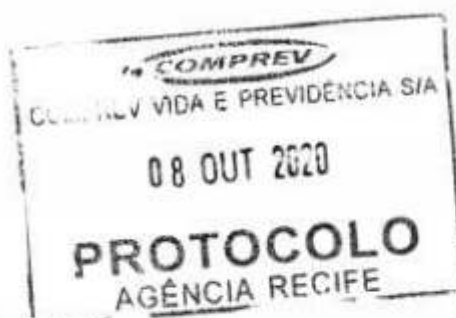
1.1 – Data de Internamento: 01/06/2020

1.2 – Data da Alta Hospitalar: 10/06/2020

2. Hipótese Diagnóstica: Fratura Luxação Acrômio Clavicular Direita + Fratura do 2º e 3º Metatarso do Pé Esquerdo.

3. Tratamento: Cirurgia em 09/06/2020 - Tratamento Cirúrgico de Fratura Luxação Acrômio Clavicular Direita + Neurolise + Tenomiorrafia + Osteotomia. Tratamento Conservador da Fratura do 2º e 3º Metatarso do Pé Esquerdo.

4. Observação: Alta em 10/06/2020.



Recife, 15 de Julho de 2020.

Roberta C. de Almeida  
Diretora Técnica  
Hospital Santo Amaro  
CRM/PE - 13434

**Drª Roberta Cavalcanti de Almeida**  
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CIES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CIES

HSA

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA

6 - ID DO PACIENTE

686824

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - DATA DE ADMISSÃO

11 - NOME DA MÃE

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, S/A, TIPO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CIE DE MUNICÍPIO

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID - 10 - PRINCIPAL

27 - CID - 10 - SECUNDÁRIO

28 - CID - 10 - OUTROS ASSOCIADOS

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Tratamento Cirúrgico de Fratura Luxação Acrômio Clavicular Direita + Neurolise + Tenomiorrafia + Osteotomia

0408010185 / 0403020077  
0408010100 / 0408060450

29 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO DIÁRIA DE ACOMPAANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPAANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO 1

DIÁRIA DE UTI TIPO 2

DIÁRIA DE UTI TIPO 3

30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Parafuso Ancora

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Fios de Kirschner

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

070203002302

34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

02

## 41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente sofreu queda de moto, resultando Fratura Luxação Acrômio Clavicular Direita + Fratura do 2º e 3º Metatarso do Pé Esquerdo. Evoluindo com dor e edema.

Necessitando de procedimento cirúrgico.

Operado da Fratura Luxação Acrômio Clavicular Direita, tratamento cirúrgico para Fratura do 2º e 3º Metatarso do Pé Esquerdo. Alta Hospitalar após melhora.

PROTÓCOLO  
AGÊNCIA REGIFE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DR. OSVALDO COIMBRA

43 - IDENTIFICADOR

44 - Nº DOCUMENTO (CARTEIRA) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

03570315479

09/08/20

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

Página 1

46 - IDENTIFICADOR

47 - Nº DOCUMENTO (CARTEIRA) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

48 - IDENTIFICADOR

49 - Nº DOCUMENTO (CARTEIRA) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz de Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Tel/Fax: 3421.5766 - sta-casa@truenet.com.br  
www.santacasarecife.org.br

Registro:686824 Prontuário:1204570 Data de Nascimento:27/03/01 Idade:19  
ANO(S)  
Nome do Paciente:JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA Sexo:Masculino  
Nome da Mãe:MARIA DAS GRACAS DA SILVA  
CPF: 71130821498

Data: 09/06/2020

## SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):  
S431 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento Cirúrgico de Fratura Luxação Acrômio  
Clavicular Direita + Fratura do 2º e 3º Metatarso do Pé Esquerdo CÓDIGO:  
0408010185 / 0408050713

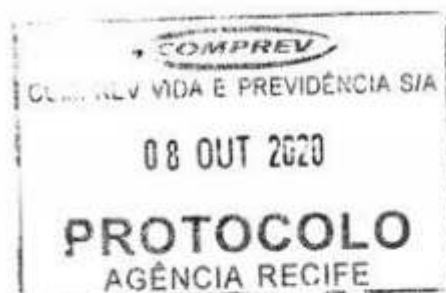
TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura Luxação Acrômio Clavicular  
Direita + Neurolise + Tenomiorrafia + Ostectomia CÓDIGO:0408010185 / 0403020077 /  
0408010100 / 0408060450

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Osvaldo Coimbra	16658
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr.a Diana Souza	15809
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,



RESUMO DE CASO: Paciente sofreu queda de moto, resultando Fratura Luxação  
Acrômio Clavicular Direita + Fratura do 2º e 3º Metatarso do Pé Esquerdo. Evoluindo  
com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.  
Operado da Fratura Luxação Acrômio Clavicular Direita, tratamento incruento para  
Fratura do 2º e 3º Metatarso do Pé Esquerdo. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Dr. Manoel de Oliveira  
09/06/2020

Dr. Manoel de Oliveira  
09/06/2020



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz de Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Tel/Fax: 3421.5766 - sta-casa@truenet.com.br  
www.santacasarecife.org.br

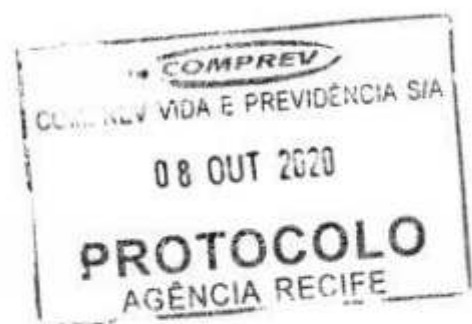
Registro:686824 Prontuário:1204570 Data de Nascimento:27/03/01 Idade:19  
ANO(S)  
Nome do Paciente:JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA Sexo:Masculino  
Nome da Mãe:MARIA DAS GRACAS DA SILVA  
CPF: 71130821498

Data: 09/06/2020

**DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:**

**MOTIVO DA ALTA  
MELHORADO**

**Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA**  
CRM: 10531



  
Dr. Henrique Costa Barbosa  
CRM: 10531

  
Dr. Henrique Costa Barbosa  
CRM: 10531

Registro: 686824 Prontuário: 1204570 Data de Nascimento: 27/03/01 Idade: 19 ANO(S)  
Nome do Paciente: **JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA** Sexo: Masculino  
Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS DA SILVA  
CPF: 71130821498

Data: 09/06/2020

## BOLETIM OPERATÓRIO

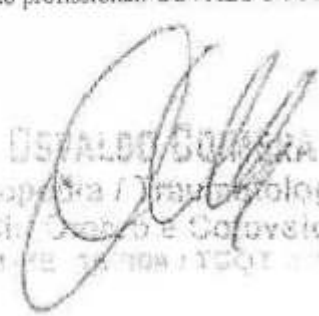
CIRURGIA: NEURÓLISE (040302007-7) + TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR DIREITA (040801018-5) + OSTECTOMIA CLAVÍCULA (040801010-0) + TENOMIORRAFIA (040806045-0)

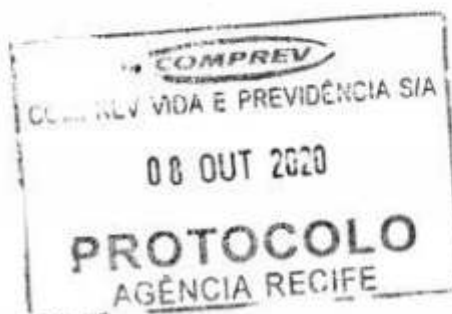
CIRURGIÃO: OSVALDO COIMBRA  
ANESTESISTA: DIANA ANJOS  
ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

DESCRIÇÃO CIRURGICA:  
PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA  
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA.  
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS  
INCISÃO EM GOLPE DE SABRE PARA OMBRO DIREITO  
DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ ABORDAGEM DE LUXAÇÃO  
NEURÓLISE DE NERVO SUPRA-CLAVICULAR  
OSTECTOMIA PARCIAL DE CLAVÍCULA DISTAL POR LESÃO CARTILAGEM  
REDUÇÃO DE LUXAÇÃO E FIXAÇÃO COM 04 FIOS ETHIBOND CARREGADOS EM 02 ANCORAS NO  
PROCESSO CORACOÍDE COM PONTOS TRANS-ÓSSEOS EM CLAVÍCULA  
FIXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR COM 02 FIOS KIRSCHNER  
TENOMIORRAFIA DE PEITORAL MAIOR E DELTOÍDE  
LAVAGEM COM SF  
REVISÃO DA HEMOSTASIA  
FECHAMENTO POR PLANOS  
Recife, 09/06/2020-11:20

Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR  
CRM: 16658

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR. CRM: 16658. Data e Hora: 09/06/2020 11:21:59.

  
DR. OSVALDO COIMBRA JR  
Ortopedia / Traumatologia  
Clínica de Cirurgia e Coloproctologia  
SAM-PE 14.1004-1/2001-1/051



# Relatório Médico de Alta

Nome: JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA  
Reg.: 686824 Pront.: 1204570  
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 27/03/2001  
Conv.: RETAGUARDA GETULIO



Santa Casa de Misericórdia de Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1585 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: (81) 3412-3800 | Email: stj-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

Idade: 19  
Admissão: 01/06/2020 15:22 Alta: 10/06/2020 11:56

## Admissão:

HD: FRATURA DO 2° E 3° METATARSO DO PÉ ESQUERDO INCRUENTO  
HD: FRATURA LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR DIREITA

## Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

## Diagnóstico:

Principal S43.1 LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

## Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	01/06/2020 15:22	10/06/2020 11:56	9 dia(s)

## Orientação:

Agendar retorno para Drº OSVALDO COIMBRA para 15 dias;  
Tomar medicação prescrita;  
Realizar RX  
Realizar curativo; SIM(x) NÃO( )  
Não pisar até 2º ordem;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA  
CRM: 10531







# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200361769 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA **Data do acidente:** 31/05/2020 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.  
FRATURA DE METATARSOS (2º E 3º) DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO CIRÚRGICA, OSTEOSSÍNTESE E TENOMIORRAFIA EM REGIÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO E PÉ ESQUERDO.

**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 DE OMBRO DIREITO E RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** P.1(RELATÓRIO) P.2,4,6(BAM) P.3(ALTA) P.5(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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exatidão(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

1 - Nº do sinistro ou do 2 - CPF da vítima: 3200-36 1769 711308214-98 3 - Nome completo da vítima: JONAS VENCIO PEREIRA DA COSTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

4 - Nome completo: JONAS VENCIO PEREIRA DA COSTA 5 - Nº do documento: 711308214-98 6 - Nome: JONAS 7 - Sobrenome: VENCIO 8 - Data de nascimento: 08/08/1988 9 - Estado: RJ 10 - Complemento: Casa 11 - Bairro: PENEDO 12 - Cidade: São Lourenço de Matos PE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55000-00 15 - Telefone: 81917157054 16 - Telefone: 17 - E-mail:

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

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

Declara, para todos os fins de direito, residir no 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 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA:  CONTA:  AGÊNCIA: 1903 8 CONTA: 0035960 2

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÔNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado 24 - Data da morte da vítima: 25 - Se a vítima deixou filhos menores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

26 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

28 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

29 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

30 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

31 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

32 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

33 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

34 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

35 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

36 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

37 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

38 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

39 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

40 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

41 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

42 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

43 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

44 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

45 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

46 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

47 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

48 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

49 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

50 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

51 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

52 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

53 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

54 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

55 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

56 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

57 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

58 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

59 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

60 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

61 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

62 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

63 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

64 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

65 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

66 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

67 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

68 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

69 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

70 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

71 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

72 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

73 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

74 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

75 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

76 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

77 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

78 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

79 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

80 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

81 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

82 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

83 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

84 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

85 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

86 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

87 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

88 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

89 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

90 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

91 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

92 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

93 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

94 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

95 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

96 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

97 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

98 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

99 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

100 - Se a vítima deixou filhos maiores, informar o nome e o nome do pai/mãe: ☐ Sim ☐ Não

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0285616/20

**Vítima:** JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA

**CPF:** 711.308.214-98

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

**Data do acidente:** 31/05/2020

**Titular do CPF:** JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA : 711.308.214-98**

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](http://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: 08/10/2020  
Nome: JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA  
CPF: 711.308.214-98

JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2020  
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA  
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA