

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 4020-1596 (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 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 4020-1596 (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, 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, retorno 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:

711308-25498

4 - Nome completo da vítima:

José Henrique Manoel da Costa

5 - Nome completo:

José Henrique Manoel da Costa

7 - Profissão:

AVOCADO

11 - Bairro:

PENEIRO

15 - E-mail:

8 - Endereço:

Rua 001 90

12 - Cidade:

300 JORNAL DA MATA

6 - CPF:

711308-25498

9 - Número:

98

10 - Complemento:

eriso

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55000-000

16 - Tel (DDD):

9 81 987757014

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:

19 - Profissão 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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3903

CONTA: 35.960

2 (Informar o dígito se existir)

3 (Informar o dígito se existir)

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)  Divorciado  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 (val nascituro):

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, após a falecimento, preguem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de devolução do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não substituído)

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

40 - Local e Data:

20/05/2020

Ygor Henrique Manoel da Costa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

08 OUT 2020

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

Assinatura da testemunha

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 - Culposo (Consumado)** 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**

**08 OUT 2020**

**PROTOCOLO**  
**AGÊNCIA RECIFE**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESENHECIDO ( 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**

**DESENHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **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 FRENTES 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**)



# 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:

711308-25498

4 - Nome completo da vítima:

José Henrique Manoel da Costa

5 - Nome completo:

José Henrique Manoel da Costa

7 - Profissão:

AVOCADO

11 - Bairro:

PENEIRO

15 - E-mail:

8 - Endereço:

Rua 001 90

12 - Cidade:

300 JORNAL DA MATA

6 - CPF:

711308-25498

9 - Número:

98

10 - Complemento:

eriso

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55000-000

16 - Tel (DDD):

9 81 987757014

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

19 - Profissão 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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3903

CONTA: 35.960

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou

Sim

Não

31 - Vítima teve Irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha Irmãos, informar

Vivos:  Falecidos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

MORTE  
NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não substituído)

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

40 - Local e Data:

20/05/2020

Ygor Henrique Manoel da Costa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

08 OUT 2020

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMLINHAS

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

BRADESCO28102020050000000002370190300000035960236250 PAGO

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Toste Henrique Mendes da Costa,  
RG nº 10.650.25, data de expedição 18/05/18, Órgão SÓS/PE,  
CPF nº 711.308.214-92, venho perante a este instrumento declarar que não  
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido  
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome  
de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Capiba</u>
Número	<u>98</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>PENEDO</u>
Cidade	<u>S. IDROPOA DO NORTE</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55.000-00</u>
Telefone de Contato	<u>81-987757014</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife 06 outubro 2020

Assinatura do Declarante: Toste Henrique Mendes 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 + Ostectomia. 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 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

HSA

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA

6 - CNPJ/PESSOAS JURÍDICAS

666824

7 - CÓDIGO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/01/1980

10 - DATA DE EMISSÃO

10/06/2020

11 - NOME DA MÃE

12 - NOME DO PAI

13 - NOME DO RESPONDENTE

14 - NOME DO RESPONDENTE

15 - NOME DO RESPONDENTE

16 - ENDERECO (RUA, N°, SITIOS)

17 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

18 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

19 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

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 PRINCIPAL

26 - CÓD. PRINCIPAL

27 - CÓD. SECUNDÁRIO

28 - CÓD. TERCIÁRIO

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

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

0408010185 / 0403020077

0408010100 / 0408060450

29 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI/DEU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

30 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

31 - DIÁRIA DE UTI/DEU

32 - DIÁRIA DE UTI/DEU

33 - DIÁRIA DE UTI/DEU

34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

070203002302

36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - DESCRIÇÃO 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.

• COMPREV

V VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

08 OUT 2020

Necessitando de procedimento cirúrgico.

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

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DR. OSVALDO COIMBRA

43 - CNPJ/CPF

44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF/PROFISSIONAL SOLICITANTE)

03570315479

45 - DATA DE SOLICITAÇÃO

09/06/20

46 - DATA DE EMISSÃO

09/06/20

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

Página 1

48 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

51 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE



Irmãdade 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

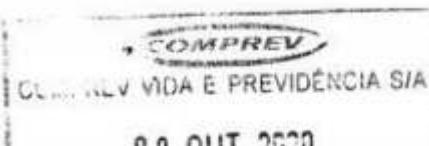
### TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

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,



08 OUT 2020

**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE

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. Henrique Manoel da Costa  
Médico de Internação  
0408010185

Dr. Henrique Manoel da Costa  
Médico de Internação  
0408010185



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

RECIFE

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

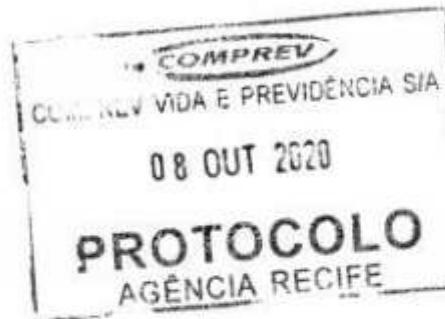
CPF: 71130821498

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 CIRÚRGICO 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

### DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA ASSEPSIA E ANTISSEPSIA.

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 CORACOIDE COM PONTOS TRANS-ÓSSEOS EM CLAVÍCULA

FIXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR COM 02 FIOS KIRSCHNER

TENOMIORRAFIA DE PEITORAL MAIOR E DELTÓIDE

LAVAGEM COM SF

REVISÃO DA HEMOSTASIA

FECHAMENTO POR PLANOS

Recife, 09/06/2020-11:20

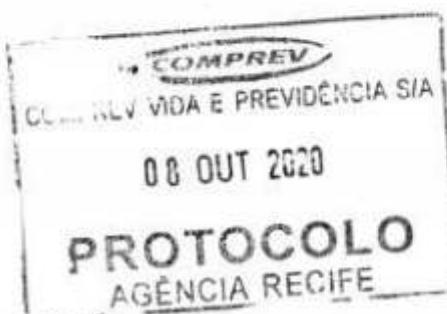
Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 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 JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR  
CRM: 16658  
CRM PE: 54100 / TCC/PE  
CRM PE: 54100 / TCC/PE



# Relatório Médico de Alta

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

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

Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Ceará, 1531 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: (81) 312-3030 | E-mail: sra@santacasadorecife.org.br  
Site: www.santacasadorecife.org.br

## Admissão:

HD: FRATURA DO 2º E 3º METATARSO DO PÉ ESQUERDO INCRUENTO  
HD: FRATURA LUXAÇÃO ACRÔMIO 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)

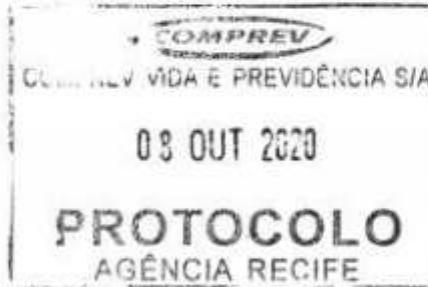
## Orientação:

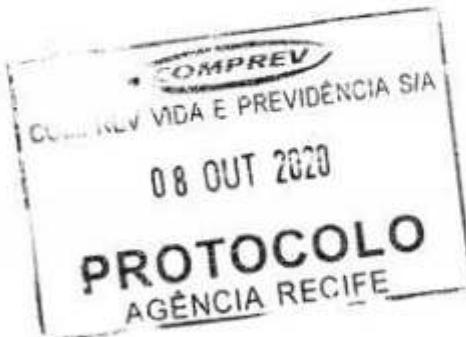
Agendar retorno para Drº OSVALDO COIMBRA para 15 dias;  
Tomar medicação prescrita;  
Realizar RX  
Realizar curativo; SIM(x) NÃO( )  
Não pisar até 2º ordem;

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, OSTEOSÍNTESE E TENOMIORRÁFIA 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0285616/20

**Vítima:** JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA

**CPF:** 711.308.214-98

**CPF de:** Próprio

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

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

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

## 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