



09/12/2020

Número: **0067852-09.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
RENATO CAMERINO CARNEIRO LEAL PAES BARRETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72244005	09/12/2020 11:10	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



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.

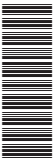
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01293/01294 - carta\_25 - INVALIDEZ

00010647





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, 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: 71130821498 3 - CPF da vítima: 71130821498 4 - Nome completo da vítima: JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA

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

5 - Nome completo: JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA 6 - CPF: 71130821498 7 - Profissão: ALCANTARAL 8 - Endereço: RUA COPA 9 - Número: 98 10 - Complemento: 2150 11 - Bairro: PENEIRO 12 - Cidade: 300 / JOURNAL DA MATA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55000-00 15 - E-mail: 9.31.987157014 16 - Tel (DDD): 9.31.987157014

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)

AGÊNCIA:  CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRadesco

AGÊNCIA: 1903 CONTA: 35.960

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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 (ou 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 (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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se houverem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de indenizar recebida, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão 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: 08 OUT 2020

CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: PROTOCOLO

CPF: AGÊNCIA RECIFE Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife 05 de Outubro 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019





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**

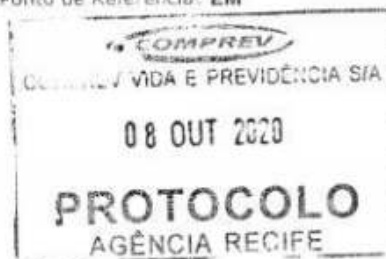
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/08/2020** às **14:56**

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

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR BELMINIO CORREIA, 1 - Bairro: CENTRO - SAO LOURENÇO 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 LOURENÇO 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 LOURENÇO 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**

17/08/2020 15:16



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**)

*[Assinatura]*



17/08/2020 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: 71130821498 3 - CPF da vítima: 71130821498 4 - Nome completo da vítima: JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA

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

5 - Nome completo: JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA 6 - CPF: 71130821498 7 - Profissão: ALCANTARAL 8 - Endereço: RUA COPA 9 - Número: 98 10 - Complemento: 2150 11 - Bairro: PENEIRO 12 - Cidade: 300 / JOURNAL DA MATA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55000-00 15 - E-mail: 9.31.987157014 16 - Tel (DDD): 9.31.987157014

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 A R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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)

AGÊNCIA:  CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRadesco

AGÊNCIA: 1903 CONTA: 35.960

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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 (ou 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 (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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que eu nomear e que estiverem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de indenizar recebida, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão 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: 08 OUT 2020

CPF: 08 OUT 2020

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: PROTOCOLO

CPF: AGÊNCIA RECIFE

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife 05 de Outubro 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019

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, JOÃO HENRIQUE MANDAL DA COSTA,  
RG nº 10.165.075, data de expedição 18/05/18, Órgão SS/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. COPISA</u>
Número	<u>98</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>PEREIRA</u>
Cidade	<u>S. IDURUA DO MATO</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55.000-00</u>
Telefone de Contato	<u>81-987257014</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife 06 Outubro 2020

Assinatura do Declarante: João Henrique Mandel da Costa



## BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

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

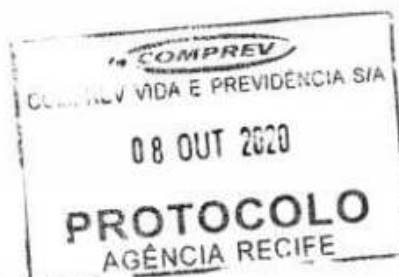
### 1. Admissão Hospitalar:

- 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

**Santa Casa de Misericórdia do Recife**  
Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800  
[www.santacasarecife.org.br](http://www.santacasarecife.org.br)



SUS

Sistema  
Unico de  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha  
1/2

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - QUES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - QUES

**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 ADM.

11 - NOME DA MÃE

12 - IDADE

13 - SEXO

14 - DATA

15 - NOME DO RESPONSÁVEL

16 - COD.

17 - TELEFONE DE CONTATO

18 - ENDEREÇO (RUA, AV, SÍTIO, etc.)

19 - COD.

20 - TELEFONE DE CONTATO

19 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

21 - COD. DO MUNICÍPIO

22 - UF

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

24 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

26 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

27 - DIAGNÓSTICO INICIAL

28 - COD. DO PRINCÍPIO

29 - COD. DO PROCEDIMENTO

30 - COD. DO PROCEDIMENTO

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

31 - Tratamento Cirúrgico de Fratura Luxação Acrômio Clavicular Direita + Neurolise + Tenotomia + Osteotomia

0408010185 / 0403020077  
0408010100 / 0408060450

32 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI OU DIÁRIA DE ACOMPAANHANTE

33 - DIÁRIA DE ACOMPAANHANTE

34 - DATA DE UTI TIPO

35 - DATA DE UTI TIPO

36 - DATA DE UTI TIPO

37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - Descrição do Procedimento Especial

0 7 0 2 0 3 0 0 2 3 0 2

40 - 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.

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.

COMPREV

VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

09-OUT-2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA REGIFE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

**DR. OSVALDO COIMBRA**

43 - Nº DOCUMENTO

44 - Nº DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - DATA DE EMISSÃO

09/08/20

0 3 5 7 0 3 1 5 4 7 9

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

Página 1

47 - Nº DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - DATA DE EMISSÃO

50 - Nº DOCUMENTO

51 - DATA DE EMISSÃO





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

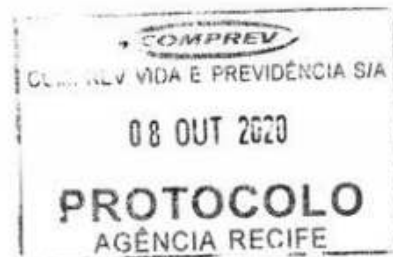
TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura Luxação Acrômio Clavicular  
Direita + Neurolise + Tenotomia + Osteotomia 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. Henrique Costa de Sá  
Cirurgião de Mão e Plástico  
09/06/2020

Dr. Henrique Costa de Sá  
Cirurgião de Mão e Plástico  
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





Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: 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

## BOLETIM OPERATÓRIO

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

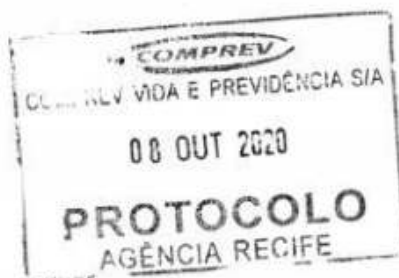
CIRURGIÃO: OSVALDO COIMBRA  
ANESTESISTA: DIANA ANJOS  
ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

DESCRIÇÃO CIRURGICA:  
PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA  
ASSEPSIA E 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 CORACÓIDE 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 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.

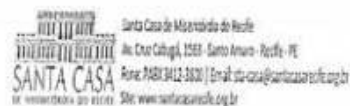
Dr. OSVALDO COIMBRA JR  
Ortopedia / Traumatologia  
Cl. Cirúrgico e Cirúrgico  
SAM-PE 16.100.1501-7-051



## Relatório Médico de Alta

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

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



### Admissão:

HD: FRATURA DO 2º E 3º 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)

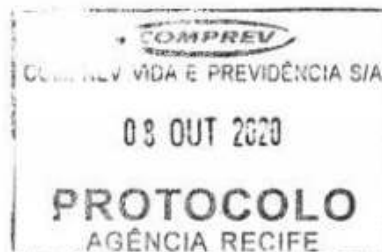
### Orientação:

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







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO 10.165.075	DATA DE EMISSÃO 18/05/2015
NOME << JOSÉ HENRIQUE MANOEL DA COSTA >>	
FILIAÇÃO << JOSÉ MANOEL DA COSTA >> << MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA >>	
NATURALIDADE SÃO LOURENÇO DA MATA - PE	DATA DE NASCIMENTO 27/03/2001
DOCUMENTO << 074112 01 55 2001 1 00439,070 0060192 63 SÃO LOURENÇO DA MATA PE >>	
CPF 711.309.214-00	
ASSINATURA DO DETENTOR	
LEI Nº 7.115 DE 29/06/83	



## 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 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

Cobertura(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DANO (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

1 - Nº do sinistro ou do

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

3200-36 1769 711 308 214-98 *JOAO HENRIQUE MONTEIRO DA COSTA*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR 91/SEP 11 945/2012

5 - Nome completo do Representante Legal: *JOAO HENRIQUE MONTEIRO DA COSTA*

7 - Nome: *ANTONIO* 8 - Sobrenome: *YVES CORDEIRO*

11 - Estado: *PE* 12 - Cidade: *JOÃO PESSOA* 13 - Estado: *PE* 14 - CEP: *55000-00*

15 - E-mail: *antonio.yves@pe.com.br* 16 - Telefone: *81 9117 157054*

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 16 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

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

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

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA:  CONTA:

AGÊNCIA: *0903* CONTA: *0035960*

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que estiver 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 a finalidade 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Pelo motivo assinalado, solicito a prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me autuar a 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, III, 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data da morte da vítima

25 - Gravidez (antes ou depois da morte): ☐ Sim ☐ Não

26 - Vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome e endereço

28 - Vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não

29 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome e endereço

30 - Vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não

31 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome e endereço

32 - Vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não

33 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome e endereço

34 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome e endereço

35 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome e endereço

36 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome e endereço

37 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome e endereço

38 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome e endereço

39 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome e endereço

40 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome e endereço



## 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

**CPF de:** Próprio

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

### 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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE HENRIQUE MANOEL DA COSTA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

