



Número: **0002997-84.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **20/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IZAIAS AMARO MATIAS (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12466 2435	30/01/2023 16:47	ANEXO 3	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO: 320022843301

VALOR TOTAL: 2.531,25

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IZAIAS AMARO MATIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04995

CONTA: 000000014075

Número da Autenticação

F0F8722E18D86BA1



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200228433 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZAIAS AMARO MATIAS **Data do acidente:** 17/11/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO+TENÓLISE+NEURÓLISE) - ALTA MÉDICA. P.2,3,4,11.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: FOLHA CIRÚRGICA E ANESTESIA-P.3,4.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0176680/20
Vítima: IZAIAS AMARO MATIAS
CPF: 028.481.734-16
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/11/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: IZAIAS AMARO MATIAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IZAIAS AMARO MATIAS : 028.481.734-16

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/06/2020
Nome: IZAIAS AMARO MATIAS
CPF: 028.481.734-16

IZAIAS AMARO MATIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (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, 10 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200228433

Vítima: IZAIAS AMARO MATIAS

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IZAIAS AMARO MATIAS

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau intenso 75%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%	
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$ 2.531,25

Recebedor: IZAIAS AMARO MATIAS

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000004995

Conta: 0000014075-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

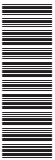
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00401/00402 - carta_15R - INVALIDEZ

00020201





HOSPITAL JESUS PEQUENO
BEZERROS - PE

Paciente.: IZAIAS AMARO MATIAS (Cod:128711)		Convênio.: SES - ORTOPEDIA	
Atendimento: 567904	Idade.: 41 ANOS E 3 MESES	Data: 19/11/2019	Leito: ENFER_04 - LEITO-02
Enfermaria.: ENFERMARIA ORTOPEDICA		CRM: 4932	
Médico: DR. EDNALDO BARROS PEREIRA			

EVOLUÇÃO MÉDICA

LISTA DE PROBLEMAS: **FRATURA DE TORNOZELO DIREITO**

ANTIBIÓTICOS:

SSVV: PA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMOT. <input type="checkbox"/> HIPERT. <input type="checkbox"/> HIPOT.	TEMP: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> EPISÓDIO DE FEBRE
HGT:	ALERGIA: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> ZERO	ACESSO VENOSO: <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PERIF. <input type="checkbox"/> CENTRAL
EVACUAÇÕES: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DIAS	DIURESE: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ÚLCERA DE PRESSÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	PROFILAXIA TVP: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
QUEIXAS:	

EXAME FÍSICO

Geral: EG BOM EG REGULAR EG RUIM CONSCIENTE INCONSCIENTE

EG GRAVÍSSIMO

FEBRIL AFEBRIL NORMOCORADO HIPOCORADO HIDRATADO DESIDRATADO

ANICTÉRICO ICTÉRICO EUPNEUCO DISPNEICO ALTERAÇÕES

Glasgow + + = PA: FC: Sat: FR:

Ventilação: AR AMBIENTE O2 CATETER VENTURI % L/min TRAQUEOSTOMIA

Cardiovascular: RCR EM 2T; BNS S/SOPROS. ALTERAÇÕES:

Respiratório: MV + EM AHT SVRA ALTERAÇÕES:

Abdome: PLANO SEMIGLOBOSO GLOBOSO INDOLOR A PALPAÇÃO/SEM VMG RHA:

ALTERAÇÕES:

Membros: SEM EDEMA COM EDEMA: PERFUSÃO PERIF:

ALTERAÇÕES:

IMPRESSÃO E CONDUTA:

ADMISSÃO + VIGILANCIA CLÍNICA

Médico: DR. EDNALDO BARROS PEREIRA

COMPREV - 26 JUN 2023
CRM: 4932

PROTOCOLO
DR. EDNALDO B. PEREIRA
MÉDICO
CRM: 4932

Conferido Com Documentos
Orla de Exame Físico
H. Jesus Pequeno
Dr. Almorim
Assistente Social
CRESS/PE N° 4.471

RECIBO 4 2023





HOSPITAL JESUS PEQUENINO



EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA: 23/11/19

HRP:

NOME: Izolan Amaro Matias

IDADE:

Admissão:

LISTA DE PROBLEMAS: Fratura Torácica

ANTIBIÓTICOS:

SSVV: PA: NORMOT. () HIPERT. () HIPOT.

TEMP.: () NORMAL () EPISÓDIO DE FEBRE

HGT:

ALERGIA: () NÃO () SIM

NUTRIÇÃO: VO () SNE () SNG () NPT () GTT () Zero ACESSO VENOSO: () NÃO () PERIF. () CENTRAL

EVACUAÇÕES: Sim () Não DIAS

DIURESE: () Sim () Não

ÚLCERA DE PRESSÃO: () SIM NÃO

PROFILAXIA TVP: () Sim () NÃO

GLUCOSAS: NÃO

EXAME FÍSICO:

General: BOM () REGULAR () RUIM () GRAVISSIMO

() CONSCIENTE () INCONSCIENTE

() FEBRIL AFEBRIL

() NORMOCORADO () HIPOCORADO

() HIDRATADO () DESIDRATADO

ANICTÉRICO () ICTÉRICO

() EUPNEICO () DISPNEICO

() ALTERAÇÕES:

Glasgow

+ + =

PA:

FC:

Sat:

PR:

Ventilação: AR AMBIENTE () O2 / () CATETER () VENTURI

%

L/min

() TRAQUEOSTOMIA

Cardiovascular: RCR EM 2T; BNF S/SOPROS. () ALTERAÇÕES:

Respiratório: MV+ EM AHT S/RA. () ALTERAÇÕES:

Abdome: PLANO; () SEMIGLOBOSO; () GLOBOSO;

() INDOLOR A PALPAÇÃO SEM VMG;

() ALTERAÇÕES:

Membros: SEM EDEMA () COM EDEMA

PERFUSÃO PERIF.:

() ALTERAÇÕES:

IMPRESSÃO E CONDUTA:

AOL

Contador Com Registro
Original Beberes de
Hospital Jesus Pequeno
RHA
Assistente Social
RESSPRE N° 4.471

Dr. Artur de Souza Leão
Angiologia - Cir. Vascular
CRM 2084 CPF 004379484-04





Hospital Regional
TERESOPOLIS

RELATORIO CIRURGICO

NOME DO PACIENTE IZAIAS AMARO MATIAS CLINICA ORTOPEDICA	NUMERO DO REGISTRO 128711
CIRURGIAO DR. FELIPE GUEDES	
ANESTESIA RAQUI	ANESTESISTA DRA. PRISCILA
DATA DA OPERAÇÃO 22/11/2019	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO FRATURA TORNOZELO DIREITO + FLICTENA EM TORNOZELO DIREITO	
DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO FRATURA TORNOZELO DIREITO + FLICTENA EM TORNOZELO DIREITO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TORNOZELO DIREITO + DEBRIDAMENTO DE FLICTENA EM TORNOZELO DIREITO + NEUROLISE DO SURAL + TENOLISE DOS FIBULARES + REPARO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATORIO	
<ol style="list-style-type: none">1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL2. ISQUEMIA PREVIA COM FAIXA DE ESMARCH3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATORIO4. DEBRIDAMENTO DE FLICTNA EM TORNOZELO DIREITO5. INCISÃO NA FACE LATERAL DO TORNOZELO6. ABERTURA DA APONEUROSE7. DIVULSAO POR PLANOS8. NEUROLISE DO SURAL9. TENOLISE DOS FIBULARES10. ABORDAGEM DO FOCO DA FRATURA11. REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS12. REPARO LIGAMENTAR DO TORNOZELO13. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA14. FECHAMENTO POR PLANOS15. CURATIVO16. RETIRADA DA FAIXA DE ESMARCH	

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM 21025

Conferido Com Original
Original Bezerros
Hospital Regional Teresopolis
Assinatura: Felipe Guedes
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.473



FICHA DE ANESTESIA

Data 22/04/19

Nome: Azarias Auciano Malhar Nº do Registro: 128211 Nº na Clínica: _____
 Clínica: Ortopedia Quarto: _____ Leito: _____ Idade: 41 Sexo: M Cor: P
 Operador: Dr Felipe Assist.: _____ Anestesista: Drá Prescilla
 Diag. Preop.: Fratura de humero D Diag. Posop.: o mesmo
 Op. Proposta: Tto cirurgico Op. Realizada: a mesma
 Premedicação: MDZ 7 Hora: 07h Resultado: (MO 1-2-3) _____ (AO 1-2-3) _____
FEN 50mg Risco: 1-2-3-4

PRÉ-MEDICAÇÃO-DOSE-HORA-EFEITO

		07h				15h				21h			
		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
AGENTES	#20	[Handwritten symbols]											
	02	[Handwritten symbols]											
Líquidos venozos		[Handwritten symbols]											
PA	°C	[Handwritten symbols]											
PULSO		[Handwritten symbols]											
TEMP		[Handwritten symbols]											
RESPIR		[Handwritten symbols]											

SÍMBOLOS: RSR PSE
Salt 2/100% - 100%

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A. Norepinephrine	12.5	pat selado MCR
B. Oxiuro	80mg	circunferência/dente
C. Alclorotina	1g	semia injeção
D. Decadron	(7 inj) 20mg	injeção 250
E. Nauseodan	4mg	injeção
F. Tetraceno	40	injeção (A) (B)
G. Diprisona	2g	injeção

ANOTAÇÕES:
Porque
Arterios a
Decadron (sic)

LÍQUIDOS: SFO, 9% 1

TOTAL: 02 Tempo de Anestesia: 50'

OPERAÇÃO: Tto cirurgico fratura de humero d

SISTA: 120112

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/01/2023 16:47:32

Num. 124662435 - Pág. 8

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

COMANDA 543044

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Izaías Amaro Sanches Registro N° 128711
 Apt.: _____ Enfermaria.: D Data: 21/11/2019
 Cirurgia: Tort. Cirurg Front de TNZ Cirurgião: Dr. Felipe
 Anestesia: Raque Anestesiista: Sra. Pusela
 Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
MEDICAMENTOS		Metronidazol 500mg	
Adrenalina		Nausedron	01 unid
Água Destilada	01 unid	Narcan	
Atropina		Neomicina Pomada	
Bicarbonato de Sódio		Nipride	
Cediladine		Omeprazol	
Cisatracure		Plasil	
Cloreto de Sódio		Propofol	
Cloreto de Potássio		Prostigmine	
Clindamicina		Quelion	
Dramin		Rapifen	
Dexametazona Pomada		Ranitidina	
Decadron		Revivan	
Diazepan		Ringer c/ Lactato	
Dipirona	02 unid	Rocefin 1g	
Dimorf 0.1	01 unid	Servofurano	
Dolantina		Sintoclon	
Jormonid		Soro Fisiológico 500 ml	01 unid
Efortil		Soro Glicosado	
Enoxoparina 40mg		Slyptanon	
Fenergan		Sulfato de Magnésio	
Fentanil Espinhal		Tansamin	
Fentanil 5ml		Tenoxican	01 unid
Flumazenil		Thionembutal	
Glicose		Tramal	
Gluconato Cálcio		Vitamina K	
Hidrocortizona 100mg		Voluven	
Hidrocortizona 500mg		Xylocaina 2% s/a	
Iovision		Xylocaina 1% s/a	
Keflin	01 unid	Xylocaina Geléia	
Ketalar		Xylocaina Spray	
Lasix		Xylocaina Pesada	
Manitol		MATERIAIS	
Marcaina c/a		Aguha desc. 25x7/40x12/0.45x13	04 unid
Marcaina s/a		Aguha de Plexo	
Marcaina Pesada	01 unid	Aguha Raque 25	01 unid
Methergin		Algodão Hidrófilo	

Conteúdo Comprimido 0200
 Original Bezerros PE 02/11/2019
 Tha. Alvorina
 Assistente Social
 CRESS/PE N° 4074



JESUS PEQUENINO
ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_04 - LEITO-02
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPÉDICA

Ido: 567904 Data: 19/11/2019 Hora: 19:10
Responável: SES - ORTOPEDIA
Responsável: DR. EDNALDO BARROS PEREIRA
Paciente: 128711 IZAIAS AMARO MATIAS
Nascimento: 13/08/1978 - 41 Anos e 3 Meses
Endereço: RUA MANOEL BRAINER, 183
Bairro: CENTRO
IBGE/Cidade: 2602308 BONITO
Pai: AMARO FELIX MATIAS
Mãe: ALAIDE MARIA DO NASCIMENTO
Nacionalidade: BRASIL
Obs.: SENHA ORTOPEDIA: 645281

Recepç.: DEIVISON NASCIMENTO
Matricula: 702900500752675
Identidade: 5672054
Cartão SUS: 702900500752675
Sexo: MASCULINO Cor: _____
Est. Civil: _____
C.P.F.: 028.481.734-16
Identidade: 5672054 SDS PE
Telefone: 81.94204627
G.Instrução: _____
Ocupação: _____
Naturalidade: PALMARES

CEP: _____
UF: PE

Queixa do Paciente: _____

H.D.A.: _____

Paciente refere dor no lado direito
de acidente de moto com trauma
do membro lateral do membro direito

Exame Físico: _____

H.D.: _____

Tratado de TNU 2 D -

Tratamento: _____

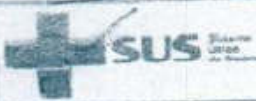
Conferido Com Documento
Original Brasília PE 19/11/2019
Hospital: Pequeno
Dr. Ednaldo Barros Pereira
Atividade Social
CRESS/PE Nº 4.073

Bozarros, 19 de novembro de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

DR. EDNALDO B. PEREIRA
MÉDICO
CRM 4932





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	<i>Protocolo 2020050124</i>	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO		4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente IZAIAS AMARO MATIAS	6 - Número do Prontuário 128711
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 702900500752675	8 - Data Nascimento 13/08/1978
9 - Sexo MASCULINO	10 - Raça/Cor 1
11 - Nome da Mãe ALAIDE MARIA DO NASCIMENTO	12 - Telefone de Contato 81.94204627
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato

15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA MANOEL BRAINER, 183 () - CENTRO			
16 - Município de residência BONITO	17 - Cod. IBGE município 2602308	18 - UF PE	19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos
Paciente refere ter sido vítima de acidente de moto com trauma em membro lateral direito

21 - Condições que justificam a internação
Tto. cirúrgico

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)
Ex físico

23 - Diagnóstico inicial <i>Fract de T12 D</i>	24 - CID 10 Principais <i>S824</i>	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas <i>S04.13.22-337 + S04.13.12-344.1</i>
---	---------------------------------------	------------------	---

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado <i>Internamento hospitalar</i>	28 - Código do procedimento <i>S04.13.22-337 + S04.13.12-344.1</i>
29 - Clínica <i>Ortopedia</i>	30 - Centro de Internação <i>Ortopedia</i>
31 - Documento <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante
33 - Nome do Profissional Solicitante <i>DR EDUARDO F. LIMA</i>	34 - Data da solicitação <i>19/11/19</i>
35 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho) <i>DR EDUARDO F. LIMA MEDICO</i>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS/EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)/CRM 4932

36 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA de Empresa	44 - CNA do RUPEDU
38 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho trajeto	45 - Vínculo com a Previdência <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Orgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	Prefeitura de Bezerros Secretaria de Saúde NUMERAÇÃO AIH NORMAL 262010533332-9
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	





NOME: Izaías Amaro Martins

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: lunha do timbre (D) CID-10: S32, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 22/11/19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 22, 02, 19.





SOLICITAÇÃO DE ANAMNESE

DADOS DO PACIENTE

Nome: Izaías Amaro Matias Estado Civil: Casado

Portador (a) do documento (RG, CPF, CNH ou CTPS) Nº: 5.672.054 Anexar cópia do documento

Residente e domiciliado no endereço: Manoel Brazina

Nº: 183 Bairro: Centro Cidade: Bonito

Estado: PE, venho requerer o fornecimento da cópia integral do

Prontuário de atendimento nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para a finalidade de:

DPVAT INSS JURÍDICO ÓBITO OUTRO

Data do atendimento médico: 30/11/2019 Nº do atendimento: _____

ENTREGA DE PRONTUÁRIO: QUINTA E SEXTA DAS 08:00 ÀS 11:30 EXETO FERIADOS.

Obs. Na ausência do titular a entrega do prontuário poderá ser entregue ao (Pai, Mãe, Irmãos) com a apresentação do RG, original e cópia. Esposa / Esposo com apresentação do RG, e certidão de casamento original e cópia ou união Estável, em outros casos Procuração. Exceto casos especiais.





Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **IZAIAS AMARO MATIAS**

Atendimento: 01301145

Nome Social:

Data Nascimento: 13/08/1978

Idade: 41 Anos, 4 Meses e 14 Dias

Prontuário: 00410167

Sexo: Masculino

Senha N.º: **0198**

Data e Hora: 18/11/2019 22:15h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE ENCONTRA SE NA SALA AMARELA HA MAIS DE 24 HORAS, SENDO RECLASSIFICADO COM HD: FRATURA DO MALEOLO LATERAL E POSTERIOR, APRESENTANDO PICO HIPERTENSIVO

Alergia:

Observação: DESCONHECE ALERGIAS

NEGA DM, AFIRMA SER HAS

DOC: PRONTUARIO

AFERIÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura: TEMP.: 36,4 °C

P.A Sistólica: PAS: 180 MMHG

P.A Diastólica: PAD: 100 MMHG

Freq. Cardíaca:

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

HGT:

QPD / HDA:

RECLASSIFICADO

Exame Físico:

Exames complementares:

HD:

Conduta:

Evolução:

Ass. do Médico

Dr(a): **PATRICIA DE MELO SANTOS**
CRM - 19226

Av. José Marques Fontes, S/N
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP: 55026-530





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o Sr. **IZAIAS AMARO MATIAS** portador do **CPF: 028.481.734-16** e **RG: 5.672.054 SDS-PE**, que consta nos registros de ocorrências **Nº1911170299** do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia **17/11/2019** às **14h e 15min**, no endereço **BR 232, PRÓXIMO AO SÍTIO VASCO, CARUARU-PE**, com queixa de **ACIDENTE DE MOTO** tendo sido enviadas **MOTOLÂNCIAS** e **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO** que prestaram atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para a **UPA ESTADUAL**.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 02 de Janeiro de 2020.


Flávio Thiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 21/01/20

IZAIAS AMARO MATIAS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUREL

00 R 20



IZAIAS AMARO MATIAS

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.672.054 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/07/2011

NOME << IZAIAS AMARO MATIAS >>

FILIAÇÃO << AMARO FELIX MATIAS >>
<< ALAIDE MARIA DO NASCIMENTO >>

NATURALIDADE PALMARES - PE DATA DE NASCIMENTO 13/08/1978

DOC ORIGEM << CC.306 L.048 F.233V CART.3ºDIST. BONITO-PE 18.06.2001 >>

CPE 028.481.734-16

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 2008/83

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO SIA

26 JUN 2020

PROTOCOLO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 015100978612
ANO 2019

JOSE ARIMATEA DE CARVALHO

TORITAMA-PE

091.009.984-91

902ED0540CR556620

AVS /MOTOCICLISTA

HONDA/MXR150 BROS ESD

2E/149CL

1 LEVA 2019 QUEIMADO

V PLACA LEVA

60.11

AL. FID - BANCO HONDA SA

TORITAMA

ROBERTO CARLOS SOARES TORCANTO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA E PESSOAS TRANSPORTADAS, OU VIAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015100978612 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE ARIMATEA DE CARVALHO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

TORITAMA-PE

091.009.984-91

902ED0540CR556620

HONDA/MXR150 BROS ESD

2E/149CL

1 LEVA 2019

V PLACA LEVA

60.11

AL. FID - BANCO HONDA SA

TORITAMA

ROBERTO CARLOS SOARES TORCANTO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200228433 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZAIAS AMARO MATIAS **Data do acidente:** 17/11/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO-P.2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO+TENÓLISE+NEURÓLISE) - ALTA MÉDICA. P.2,3,4,11.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: X - VÍTIMA COM 41 ANOS./FOLHA CIRÚRGICA E ANESTESIA-P.3,4.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



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: 02848173416 4 - Nome completo da vítima: Izaías Amaro Matias

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

5 - Nome completo: Izaías Amaro Matias 6 - CPF: 02848173416
 7 - Profissão: gessou-se sua 8 - Endereço: Manoel Bratner 183 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bonito 13 - UF: PE 14 - CEP: 55680-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 85 926684814

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:
 RECURSO 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 POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 4995 CONTA: 34075 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
 Declaro que esta autorização não significa oratória concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

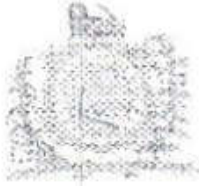
23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou pai/mãe(s)? 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 apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____
 38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Bonito-PE, 04.06.2020
Izaías Amaro Matias
 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 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -
DP90ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0180000007

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/01/2020 às 11:24

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 17/11/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: BR-232, PROX. AO SÍTIO VASCO -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 -
Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSE ARIMATEA DE CARVALHO (OUTRO)
IZAIAS FELIX MATIAS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
IZAIAS FELIX MATIAS



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

IZAIAS FELIX MATIAS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Mãe: ALAIDE MARIA DO NASCIMENTO Pai: AMARO FELIX MATIAS Data de Nascimento: 12/2/1979 Naturalidade: PALMAREJO / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 0272024/003/PE (RG), 02243172416 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: MOTORISTA
Residência: RUA MANOEL BRAINER,123, PROX. A ASSEMBLEIA DE DEUS - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE BONITO, 1 - CEP: 55865-000 - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROX. A ASSEMBLEIA DE DEUS

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

JOSE ARIMATEA DE CARVALHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL



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

OTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **JOSÉ ARIMATEA DE CARVALHO**, que estava em posse do(a) Sr(a) **IZAÍAS FELIX MATIAS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS 250** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFU3043** (PERNAMBUCO/TORITAMA) Renavam: **807866838** Classe: **9C2K00840CR658920**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**



Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE CONDUZIA O VEICULO ACIMA DESCRIMINADO PELA VIA INFORMADA QUANDO EM DADO MOMENTO O PNEU TRAZEIRO DO REFERIDO VEICULO VEIO A BAIXAR REPENTINAMENTE DEVIDO AO ESTOURO DA CAMARA DE AR, ONDE A VITIMA VEIO A PERDER O CONTROLE DE DIREÇÃO DO VEICULO EM YELA VINDO A TOMBAR JUNTAMENTE COM O MESMO, CHEGANDO SOFRER FRATURA DO TORNOZELO DIREITO, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDA PARA A UPA 24HORAS, APOS REMOVIDA PAR O HRA NDE FOI TRANSFERIDA O HOSPITAL DE REZERROS ONDE FOI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO CIRURGICA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA.

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

IZAÍAS FELIX MATIAS
IZAÍAS FELIX MATIAS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **DAVID LOPES DOS SANTOS JÚNIOR** - Matrícula: **334936-8**

