

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
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# 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](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: 26/06/2020  
Nome: IZAIAS AMARO MATIAS  
CPF: 028.481.734-16

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

IZAIAS AMARO MATIAS

JONATAN BARBOSA DE BARROS

---

**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%	
Gradação: 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





**HOSPITAL JESUS PEQUENINHO**  
BEZERRAS - PE

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

**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  TRAQUEOSTOMO

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

Respiratório:  MV + EM AHT S/RA  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

COMPRESA PREVIDÊNCIA S/A  
26 JUN 2019  
CRM: 4932  
**PROTOCOLO**  
DR. EDNALDO B. PEREIRA  
MÉDICO  
CRM: 4932

Conferido Com Documentos  
Original de IZAIAS AMARO MATIAS  
Hospital Jesus Pequenininho  
Assistente Social  
Ana Amorim  
CRESS/PE N° 4.471



RESOLUÇÃO MÉDICA

DATA: 25/11/19

BNF: \_\_\_\_\_

NOME: Izaias Amaro Matias

IDADE: \_\_\_\_\_ Admissão: \_\_\_\_\_

LISTA DE PROBLEMAS: Fratura Tornozelo

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

SUBIDAS: NÃO

EXAME FÍSICO:

Genal: (  ) EG BOM ( ) EG REGULAR ( ) EG RUIM ( ) EG 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 ( ) TRAQUEOSTÔMIO

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

Respiratório: (  ) JM+ 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:

ASA

Conferido Com Documento Original Beterras Hospital Jesus Pequeno RHA Assinatura Assistente Social CRESS/PE N° 4.471

Dr. Artur de Souza Leão  
Angiologia - Cir. Vascular  
CRM 2064 CPF 004379484-04



Hospital Regional  
JESUS PEZZENINO

### RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE IZAIAS AMARO MATIAS CLÍNICA ORTOPÉDICA	NUMERO DO REGISTRO 128711
CIRURGIÃO DR. FELIPE GUEDES	
ANESTESIA RAQUI	ANESTESISTA DRA. PRISCILA
DATA DA OPERAÇÃO 22/11/2019	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA TORNOZELO DIREITO + FLICTENA EM TORNOZELO DIREITO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA TORNOZELO DIREITO + FLICTENA EM TORNOZELO DIREITO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TORNOZELO DIREITO + DEBRIDAMENTO DE FLICTENA EM TORNOZELO DIREITO + NEUROLISE DO SURAL + TENOLISE DOS FIBULARES + REPARO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	
<b>DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO</b>	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL</li><li>2. ISQUEMIA PREVIA COM FAIXA DE ESMARCH</li><li>3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATORIO</li><li>4. DEBRIDAMENTO DE FLICTNA EM TORNOZELO DIREITO</li><li>5. INCISÃO NA FACE LATERAL DO TORNOZELO</li><li>6. ABERTURA DA APONEUROSE</li><li>7. DIVULSAO POR PLANOS</li><li>8. NEUROLISE DO SURAL</li><li>9. TENOLISE DOS FIBULARES</li><li>10. ABORDAGEM DO FOCO DA FRATURA</li><li>11. REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS</li><li>12. REPARO LIGAMENTAR DO TORNOZELO</li><li>13. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA</li><li>14. FECHAMENTO POR PLANOS</li><li>15. CURATIVO</li><li>16. RETIRADA DA FAIXA DE ESMARCH</li></ol>	

Dr Felipe Guedes  
Ortopedista  
CRM 21025

Conferido Com Documento Original Bezerros Hospital Jesus Pezzenino



Anna Amorim  
Assistente Social  
CRESS/PE Nº 4.471

# FICHA DE ANESTESIA

Data 22/04/19

Anestesiado: Raquel de Jesus Nº 9  
 Nome: Izaías Aurélio Martins Nº do Registro: 128911 Nº na Clínica: \_\_\_\_\_  
 Clínica: Ortopedia Quarto: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Idade: 41 Sexo: M Cor: P  
 Operador: Dr Felipe Assist.: \_\_\_\_\_ Anestesiado: Dr. Raquel  
 Diag. Preop.: Fratura de tornozelo D Diag. Posop.: o mesmo  
 Op. Proposta: Tto cirúrgico Op. Realizada: a mesma  
 Premedicação: MDZ 7 Hora: 07h Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco: 1 2-3-4  
FEN. J. Lopez

**PRÉ-MEDICAÇÃO-DOSE-HORA-EFEITO**

07h

VITALZINCA	15				30				45				15				30				45			
	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
FC	[Handwritten values]																							
TA	[Handwritten values]																							
PA	[Handwritten values]																							
PULSO	[Handwritten values]																							
ANES	[Handwritten values]																							
OP	[Handwritten values]																							
TEMP	[Handwritten values]																							
ASPIR	[Handwritten values]																							
RESP	[Handwritten values]																							

ECG RSR RSR  
 Sx 100% 100%

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A. Nersimop	12,5	pot. peelado MOR
B. Oxiuro	80mg	circunferência/dentes
C. Oxicodona	15	septa mucosa
D. Ketorolac	(7 injetado)	pl. quadrado RSC
E. Naloxona	4mg	1-4 MOR limpo
F. Teentan	40	pot. peelado (A) (R)
G. Diprisona	2g	pot. peelado
LÍQUIDOS		
SFO, 9% 1		
TOTAL		02 50'

ANOTAÇÕES:  
Porke  
Atenção a  
Dicadran (sic)

OPERAÇÃO: Tto cirúrgico fratura de tornozelo dir  
 ANEST. SISTA: MDZ 7  
 Laringo - Espasmo - Excesso Seco  
 Depressão Respiratória Moderada  
 Manobra de Atenuação  
 Grad - Tolerância - Choque



**AL JESUS PEQUENINO**  
**DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)**

Acomodação: ENFER 54 - LEITO 82  
 Enfermaria: ENFERMARIA GERAL

Matrícula: 567904    Data: 19/11/2019    Hora: 19:10  
 Serviço: SES - ORTOPEDIA  
 Responsável: DR. EDNALDO BARROS PEREIRA

Recepç.: DEIVISON NASCIMENTO  
 Matrícula: 702900500752675  
 Identidade:  
 Cartão SUS: 702900500752675

Paciente: 128711 IZAIAS AMARO MATIAS  
 Nascimento: 13/08/1978 - 41 Anos e 3 Meses  
 Endereço: RUA MANOEL BRAINER, 183  
 Bairro: CENTRO  
 IBGE/Cidade: 2802308 BONITO  
 Pai: AMARO FELIX MATIAS  
 Mãe: ALAIDE MARIA DO NASCIMENTO  
 Nacionalidade: BRASIL

CEP:  
 UF: PE

Sexo: MASCULINO    Cor:  
 Est. Civil:  
 C.P.F. 028.481.734-16  
 Identidade: 5672054    RG: 84  
 Telefone: 81.94204627  
 G.Instrução:  
 Ocupação:  
 Naturalidade: PALMARES

Recepcionista: \_\_\_\_\_

Motivo Alta: ( ) Curado (x) Melhorado ( ) A Pedido ( ) Transferido ( ) Evasão    Morte: ( ) Antes de 48 horas ( ) Após 48 horas  
 ( ) Assinou o termo

**Alta Hospitalar**

Data: 25/11/19

Assinatura / CRM: \_\_\_\_\_

*Dr. Artur de Góes Leão*  
 Angiologia - Cir. Vascular  
 CRM 2864 CPF: 004379484-04

Assinatura / CRM

**Observação**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Transferência Hospitalar**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura / CRM

**Diagnósticos**

Diagnóstico Provisório: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_

*Conferido Com Doc. Hospitalar*  
*Dr. Artur de Góes Leão*  
*Angiologia - Cir. Vascular*  
*CRM 2864*  
*Assinatura Social*  
*RESS/PE N.º 14.471*

**Óbito**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura / CRM

**JESUS PEQUENINO**  
**ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO**

Acomodação: ENFER\_04 - LEITO-02  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPÉDICA

Id.: 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  
Matrícula: 702900500752875  
Identidade:  
Cartão SUS: 702900500752875  
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 de cabeça  
de acidente de moto com trauma  
do membro lateral esquerdo direito

Exame Físico:

H.D.:

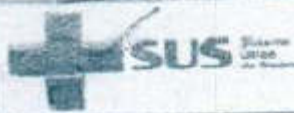
Fratura de T12 D -

Tratamento:

Conferido Com Documento  
Original Brasileira PE  
Hospital de Pequeno  
Dr. Ednaldo Barros Pereira  
Assistente Social  
CRESS/PE N° 4.173

Bozarros, 19 de novembro de 2019

DR. EDNALDO B. PEREIRA  
MÉDICO  
CRM 4932  
Assinatura e Carimbo do Médico



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Protocolo 2020050524

## Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente <b>IZAIAS AMARO MATIAS</b>		6 - Número do Prontuário 128711	
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 702900500752675	8 - Data Nascimento 13/08/1978	9 - Sexo <b>MASCULINO</b> 1	10 - Raça/Cor 10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe <b>ALAIDE MARIA DO NASCIMENTO</b>		12 - Telefone de Contato 81.94204627	
13 - Nome Responsável		14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) <b>RUA MANOEL BRAINER, 183 () - CENTRO</b>			
16 - Município de residência <b>BONITO</b>	17 - Cod. IBGE município 2602308	18 - UF <b>PE</b>	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  
*Fract de T12 D*

24 - CID 10 Principais  
*S82.4*

25 - CID 10 Sec.  
*S82.4*

26 - CID 10 Causas associadas  
*S82.4*

27 - Descrição do Procedimento Solicitado  
*Internamento hospitalar*

28 - Código do procedimento  
*04.15.04.003.5*

29 - Clínica  
*Ortopedia*

30 - Órgão de Internação  
*ORTOPEDIA*

31 - Documento  
 CNS  CPF

32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante  
*DR EDUARDO PEREIRA*

33 - Nome do Profissional Solicitante  
*DR EDUARDO PEREIRA*

34 - Data da solicitação  
*15/11/19*

35 - Assinatura e carimbo (N. do Registro do Conselho)  
*DR EDUARDO PEREIRA*

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

36 -  Acidente de Trânsito

37 -  Acidente de Trabalho típico

38 -  Acidente de Trabalho trajeto

39 - CNPJ da Seguradora

40 - Nr. do Bilhete

41 - Série

42 - CNPJ da Empresa

43 - CNA de Empresa

44 - CNA de Trabalho

45 - Vínculo com a Previdência  
 Empregado  Empregador  Autônomo  Desempregado  Aposentado  Não segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor

48 - Documento  
 CNS  CPF

49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)

52 - Nr. Autorização de internação hospitalar

**Prefeitura de Bezerros**  
**Secretaria de Saúde**  
**NUMERAÇÃO AIH NORMAL**  
**262010533332-9**



HOSPITAL  
JESUS PEQUENINO

NOME: Izaías Amaro Martins

### LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura do bímbo ① 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.



Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

UPA24h  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



SOLICITAÇÃO DE ANAMNESE

DADOS DO PACIENTE

Nome: Izaías Arnau 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 Brayner

Nº: 183 Bairro: Cintia 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: 38/11/2019 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



SAMU  
192



HOSPITAL DE  
CARUARU

## 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.

  
Tiago 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 09 R 20

SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUILE




028.481.734-16

*IZAIAS AMARO MATIAS*  
ASSINATURA 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 >>

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

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

CPF 028.481.734-16

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 116 DE 2008/83

COMPROMISSO DE FIDELIDADE SIA

26 JUN 2020

PROTOCOLO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DENATRAN

CONTRAN

DENATRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 0151009778612

PLACA 597966996  
ESPÉCIMO 2019

JOSE ARIMATELA DE CARVALHO

TORITAMA-PE

091.009.994-91

PE09049

902R00540CR555620

PAS /MOTOCICLETA

ALCO/GAROF

HONDA/MXR150 BRO3 ESD

2012 2012

2P/199CL

PANHIC

VERMELHA

60.11 0.34 04.56 04.07/19

AL. FID. BANCO HONDA SA

TORITAMA

*Roberto Carlos*

04/07/19

ROBERTO CARLOS CORREIA TORRELLAS

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

PE Nº 0151009778612 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE ARIMATELA 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  
091.009.994-91  
PE09049

HONDA/MXR150 BRO3 ESD  
2012 2012

902R00540CR555620

PREMIO TARIFARIO

36.00	4.01	40.00
4.15	0.32	04.59
04.07/19	04/07/19	

SEguradora Líder - DPVAT

CNPJ 09.248.800/0001-04

ROBERTO CARLOS CORREIA TORRELLAS

# 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DADS (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: Luizias 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: Luizias Amaro Matias 6 - CPF: 02848173416  
 7 - Profissão: procurador de sua 8 - Endereço: Marcel Brainer 183 9 - Número: \_\_\_\_\_ 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bonito 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55680-000  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 85 976684814

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:  
 RECLISO 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)  Itau (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 4995 CONTA: 34075 2  
(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 prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro(a) ao nascer?  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): \_\_\_\_\_

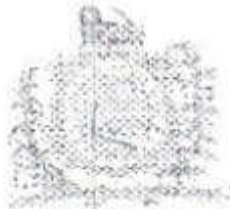
38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha  
 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Bonito, PE, 04.06.2020  
Luizias 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: MUNICIPIO DE CARUARU, 1 -  
Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR VAGANTE)  
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 no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ALAIDE MARIA DO NASCIMENTO Pai: AMARO FELIX MATIAS Data de Nascimento: 22/2/1978 Naturalidade: PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 0472004/000/PE (RG), 02845172618 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: MOTORISTA Residência: RUA MANOEL BRAINER, 123, PROX. A ASSEMBLEIA DE DEUS - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE BONITO, 1 - CEP: 85005-000 - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROX. A ASSEMBLEIA DE DEUS**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**JOSÉ ARIMATEA DE CARVALHO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

Placa: **PFU2943** (PERHAMBUCO/TORITAMA) Renavam: **F07866828** Chassi:

**0C2K00640CR668920**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**



## Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE CONDUZIA O VEÍCULO ACIMA DESCRIMINADO PELA VIA INFORMADA QUANDO EM DADO MOMENTO O PNEU TRAZEIRO DO REFERIDO VEÍCULO VEIO A BAIXAR REPENTINAMENTE DEVIDO AO ESTOURO DA CAMARA DE AR, ONDE A VÍTIMA VEIO A PERDER O CONTROLE DE DIREÇÃO DO VEÍCULO EM TELA VINDO A TOMBAR JUNTAMENTE COM O MESMO, CHEGANDO SOFREN FRATURA DO TORNOZELO DIREITO, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDA PARA A UPA 24 HORAS, 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

*IZAIAS FELIX MATIAS*  
**IZAIAS FELIX MATIAS**  
 (VÍTIMA)

B.O. registrado por: *DAVID LOPES DOS SANTOS JÚNIOR* - Matrícula: **34936-6**

