



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO  
CEARÁ  
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO  
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

**Dados Básicos**

Foro: Iguatu  
Processo: 02000510320238060091  
Classe do Processo: Contestação  
Data/Hora: 27/01/2023 15:46:01

**Partes**

Solicitante: Seguradora Líder do  
Consórcio do Seguro DPVAT

**Arquivos**

Petição: 2879295\_CONTESTACAO\_0  
1 - 1-9.pdf  
Documentação: SEGURADORA\_LIDER\_2018  
- 1-9.pdf  
Documentação: SEGURADORA\_LIDER\_2018  
- 10-18.pdf  
Documentação: SEGURADORA\_LIDER\_2018  
- 19-20.pdf  
Documentação: 2879295\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_03 - 1-28.pdf  
Documentação: 2879295\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_03 - 29-30.pdf  
Procuração/Substabeleciment  
o: SUBSTABELECIMENTO\_SU  
PERVISAO\_2018 - 1-2.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

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:**

17/03/2021

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

321004157701

**VALOR TOTAL:**

2.531,25

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** AURILENE PEREIRA DE ARAUJO

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 00613

**CONTA:** 000000037717

---

---

**Número da Autenticação**

A364F40C5EAABD09

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210041577

**Cidade:** Iguatu

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** AURILENE PEREIRA DE ARAUJO

**Data do acidente:** 09/10/2020

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

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

**Data da análise:** 28/04/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA FEMOROTIBIAL À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO PRESENCIAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA ANÁLISE MÉDICO PRESENCIAL REALIZADA EM 12/03/2021, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: 3210041577

Nome do(a) Examinado(a): AURILENE PEREIRA DE ARAUJO

Endereço do(a) Examinado(a): RUA JOÃO BATISTA, 128, , Iguatu/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 378829695

Data e local do acidente: 09/10/2020 - Iguatu/CE

Data e local do exame: 13/08/2021 - Senador Pompeu/CE

Coordenadas Geográficas: latitude: -5.58744 , longitude: -39.37317

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura De Ossos do Joelho Esquerdo. Luxação de Joelho Esquerdo

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Periciada submetida a tratamento clinico cirúrgico com colocação de fixador externo com enxerto ósseo fisioterapia , analgesicos em uso de muletas , evoluindo com derrame articular . com alta definitiva em 04/08/2021

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 10°, extensão aos 140°, presença de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho esquerdo.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Joelho esquerdo em grau intenso.

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Joelho Esquerdo - Intenso - 75%

**VIII.** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Dr. Fernando Augusto F. Vieira  
CREMEC - 12721  
MEDICO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210041577

**Cidade:** Iguatu

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** AURILENE PEREIRA DE ARAUJO

**Data do acidente:** 09/10/2020

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura-luxação exposta femorotibial esquerda.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho varo, flexão aos 20°, extensão aos 90°, presença de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração anormal, temperatura anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura-luxação exposta femorotibial esquerda, conforme documentos de pronto atendimento de 09/10/2020. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico com redução mais fixação cirúrgica e colocação de fixador externo trans articular por um período de 45 dias, e medicamentoso. Alta definitiva em 28/01/2021. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão apresentou redução da mobilidade. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no joelho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta em joelho esquerdo, em grau intenso, com redução da mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/03/2021

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

---

**Rio de Janeiro, 24 de Março de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210041577**

**Vítima: AURILENE PEREIRA DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 09/10/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), AURILENE PEREIRA DE ARAUJO**

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 joelho 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: **AURILENE PEREIRA DE ARAUJO**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000613**

Conta: **0000037717-2**

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,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 270.586.358-38 4 - Nome completo da vítima: Aucilene Pereira de Araújo

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

5 - Nome completo: Aucilene Pereira de Araújo 6 - CPF: 270.586.358-38  
 7 - Profissão: do lar 8 - Endereço: Rua Anacleto Lima Verde 9 - Número: 92 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: Alto do Juú 12 - Cidade: Iguatu 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63.500-000  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): (88) 99665-0220

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR**

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

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:**

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA

AGÊNCIA:  CONTA:

AGÊNCIA: 0813 CONTA: 37717

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)  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 (vai 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, Iguatu, CE, 03/02/2021

Aucilene Pereira de Araújo  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 4530 / 2020

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **02/12/2020 10:16:26**  
Data / Hora da Ocorrência: **09/10/2020 06:40:00**  
Endereço da Ocorrência: **R APULCRO LIMA VERDE - IGUATU/CE**  
Ponto de Referência: **RUA DO SACOLÃO DA FRUTA**

**Noticiante(s)**

Nome: **AURILENE PEREIRA DE ARAUJO**  
Nascimento: **21/07/1975** CPF: **270.586.358-38**  
RG : \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Filiação: **FRANCISCA PEREIRA DE ARAUJO**  
**ALDIR CARDOSO DE ARAUJO**  
Endereço: **RUA APULCRO LIMA VERDE, 92**  
Bairro: **ALTO DO JUCÁ** CEP: \_\_\_\_\_  
Município: **IGUATU/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99243-3807**

**Histórico**

Compareceu a esta delegacia a DECLARANTE, nesta data, e informada das penalidades de falsa comunicação de crime e contravenção penal, Arts. 340 e 342 do C.P.B., informou que no local e horário supracitados, trafegava sozinha como CONDUTORA na motocicleta HONDA/NXR150 BROS ES; ANO FAB./ANO MOD. 2011/2012; COR PRETA; PLACA OIQ-3408/CE; CHASSI Nº 9C2KD0550CR543865; RENAVAL Nº 490934080, de sua propriedade; QUE transitava pela supracitada via, quando um indivíduo do sexo feminino conduzindo uma motocicleta colidiu com a traseira da sua motocicleta; QUE com a colisão a declarante perdeu o controle da motocicleta e caiu no chão; QUE não sabe informar características da condutora ou veículo causador do acidente, tendo em vista que ela não caiu e não prestou socorro; QUE um desconhecido entrou em contato com o SAMU; QUE permaneceu no chão aguardando atendimento; QUE foi levada pelo SAMU ao Hospital Regional de Iguatu (HRI); QUE no HRI foi atendido pelo médico Dr. FREDERICO MACHADO DE ALENCAR; QUE foi feito exame de raio-x e de sangue, onde foi constatado trauma no joelho esquerdo com rompimento de ligamentos; QUE realizou cirurgia no HRI; QUE passou cinco dias internada no HRI; QUE está fazendo fisioterapia e aguardando para fazer outra cirurgia; QUE veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT.  
Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade do DECLARANTE.

Seguindo a RECOMENDAÇÃO Nº 0002/2020/1ªPMJIGT da 1ª Promotoria de Justiça de Iguatu-CE, o NOTICIANTE afirma QUE possui o endereço eletrônico de e-mail aurilene\_araujo31@hotmail.com; QUE possui número de telefone celular (88) 99243-3807 com aplicativo "Whatsapp"; QUE concorda em receber comunicações da Autoridade Policial, Ministério Público e Justiça

DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

Impresso em: 20/01/2021 10:07:00

Pág. 1 de 2

Impresso em: 20/01/2021 10:07:00

Aurilene Pereira de Araujo



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 4530 / 2020**

através dos meios informados.

**UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**


**LUDSON LUCAS LEITE - MAT.: 30119231**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Amilene Pereira de Araujo*

**VISTO DO(A) DELEGADO(A):**

**WESLEY ALVES DE ARAUJO - MAT.: 300549-1-1**



HOSPITAL  
SÃO CAMILO  
Nós cuidamos de você.



PRISCILIANO  
SOARES  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho

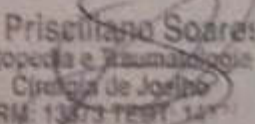
Paciente: Aurilene Ferreira Vicente,

### Relatório Médico

Paciente vítima de luxação de joelho esquerdo dia 09/10/2020, submetida à tratamento cirúrgico com fixador externo transarticular, onde permaneceu por 4 semanas. Ressonância evidenciando lesão multiligamentar com ruptura do LCA, LCP e LCM. Após retirada do fixador, observamos instabilidade ligamentar grave, onde tivemos que realizar reconstrução ligamentar do LCA + LCM em tempo único em janeiro de 2021. Evolui com melhora do quadro, queixa de dor, e instabilidade ligamentar residual, dependente do uso de muletas. Apresenta déficit de 100 % em membro inferior esquerdo.

CID: S83, S83.5

Iguatu, 25/03/2021



Dr. Prisciliano Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM: 13873-TEPT-14775

---

Dr. Prisciliano Soares de França

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho

CRM: 13873-TEPT-14775

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

Nome <b>AURILENE PEREIRA DE ARAUJO</b>						Prontuário/Atendimento 145284/0002	
Nascimento 21/07/1975		Local IGUATU		País Nacionalidade Brasil		Idade 45 Ano(s)	
Sexo Feminino		Raça/Cor Branca		Etnia		Estado Civil Solteira	
Documento(s) Identidade: 378829695		CNS 70.2403.005.2138-27		Religião			
Endereço RUA APULCRO LIMA VERDE		Nº 92		Bairro ALTO DO JUCA		Município IGUATU-CE	
Fone (88) 3510-1250		Profissão		Empresa		Fone Empresa	
Responsável		CPF do Responsável		Fone Responsável			
Endereço Responsável		Cônjuge					
Mãe FRANCISCA PEREIRA DE ARAUJO		Pai ALDIR CARDOSO DE ARAUJO					

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 09/10/2020 09:19		Quarto/Leito 001-0002		Aposento ENFERMARIA		Clínica CL. CIRURGICA		Setor CLINICA MEDICA	
Convênio SUS		Matrícula		Autorização		Dias 0		Guia	
Médico FREDERYCK ALVES BEZERRA OLIVEIRA						CRM 017240			
CID Principal S83.1 Luxação do joelho				CID Complementar S83.1 Luxação do joelho					
Observação									
Usuário DEILA NOGUEIRA DA SILVA		Procedimento SUS				Sisprenatal			
Data Saída 13/10/2020		Hora 10h		Condição da Saída Alta hospitalar		Usuário Saída			

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

IGUATU, 9 de outubro de 2020.

Assinatura do paciente  
 Responsável pela impressão: DEILA NOGUEIRA DA SILVA

Assinatura do responsável

Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

DADOS DO PACIENTE

Profissional Atend.	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
145284 0001	AURILENE PEREIRA DE ARAUJO		
Documentação	Identidade: 378829695	Estado Civil	Sexo
		Solteiro(a)	Feminino
Data de Nascimento	Local	Idade	
21/07/1975	IGUATU/CE	45 Ano(s)	
Pai	Mãe		
ALDIR CARDOSO DE ARAUJO	FRANCISCA PEREIRA DE ARAUJO		
Endereço	Bairro	CEP	Município
RUA APULCRO LIMA VERDE, 92	ALTO DO JUCA	63505-182	IGUATU
UF	Telefone		
CE	88 35101250		
Profissão	Empresa	Cônjuge	
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município
FRANCISCA PEREIRA DE ARAUJO		RUA APULCRO LIMA VERDE, 92	IGUATU
			UF
			CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matricula	CID
09/10/2020	07:26	SUS		
Profissional do Atendimento	CRM/UF	Tipo Atendimento		
JOAO GILBERTO GOMES MACEDO	014822/CE	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA		
Indicador de Acidente	Funcionário			
	DEILA NOGUEIRA DA SILVA			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída		
	/ / às hs.	( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito		

Sinais Vitais

Temperatura (°C)	Frequência Cardíaca (bpm)	Frequência Respiratória (ipm)	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)

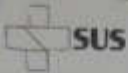
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Vítima de acidente de trânsito (8) e trauma no pulso (E). Rx e exame femoral tibial (E). Pulso pedioso e tibial presentes e integros. SI sinais de uso n. fíbula. CT: Intenso p/ umare de umare

Frederico Maximo da Alencar  
CRM 10211/Ortopedista

JOAO GILBERTO GOMES MACEDO - CRM: 014822

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: FRANCISCA PEREIRA DE A



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Antônio Pereira de Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/03/1975

9 - SEXO

Masculino

1

Feminino

43

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Francisco Pereira de Souza

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Apuleio Lima, 2200

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Iguatu

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

CE

19 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma em MIE após acidente de trânsito com lesões do pescoço (E). sem lesões neurológicas

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Hto. cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx / Exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Lesão pescoço (E)

24 - CID-10 PRINCIPAL

S63A

25 - CID-10 SECUNDÁRIO

26 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Hto. cirúrgico

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0102050103

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS

( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

*[Assinatura]*

# HOSPITAL REGIONAL DE IGUATU

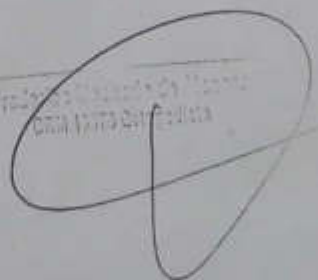
## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

PACIENTE:	AURILENE PEREIRA DE ARAUJO	REGISTRO:	
CLÍNICA:	ORTOPÉDICA	DATA:	09/10/2020
CIRURGIÃO:	DR. FREDERICO ALENCAR	1.º ASSISTENTE:	
2.º ASSISTENTE:		3.º ASSISTENTE:	
4.º ASSISTENTE:		INTRUMENTADOR:	
ANESTESIOLOGISTA:	DR PAULO HENRIQUE	ANESTESIA:	
HORA INÍCIO:		HORA TÉRMINO:	
DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO:	LUXAÇÃO DE JOELHO ESQ		
CIRURGIA REALIZADA:	REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO EXTERNA SOB ANESTESIA		
DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO:	O MESMO		
ACIDENTES:	NÃO		
RADIOSCÓPIA:	SIM		

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. REDUÇÃO INCRUENTA DO JOELHO ESQ E FIXAÇÃO EXTERNA PARA CONTROLE DE DANOS.
3. BOA PERFUSÃO CAPILAR E PULSOS PRESENTES APÓS REDUÇÃO.
4. RX CONTROLE

Frederico Alencar de Araujo  
CRM 10708-0/RS





GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2. 1ª Guia no Prestador

RG: 37882969

DN: 21/07/75

1 - Registro AMS: 31.714-4  
 2 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora  
 4 - Data de Autorização  
 5 - Senha  
 6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário  
 7 - Número da Carteira: 9.7900020061229127  
 8 - Validade da Carteira  
 9 - Alinhamento de RR  
 10 - Nome: Newton Pereira do Araújo  
 11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante  
 12 - Código na Operadora  
 13 - Nome do Contratado  
 14 - Nome do Profissional Solicitante  
 15 - Conselho Profissional  
 16 - Número no Conselho  
 17 - UF  
 18 - Código CBO

Dados do Hospital Local Solicitado / Dados de Internação  
 19 - Código na Operadora / CNPJ  
 20 - Nome do Hospital Local Solicitado  
 21 - Data sugerida para internação  
 22 - Caracter de Atendimento: ELETIVO  
 23 - Tipo de Internação  
 24 - Regime de Internação  
 25 - Qtd. Diárias Solicitadas: 01  
 26 - Previsão de uso de OPME: NÃO  
 27 - Previsão de uso de quimioterapia

28 - Justificação Clínica  
 Paciente portador de fratura de fêmur esquerda submetido a cirurgia de fixação interna transosteal por placas com fios múltiplos segmentares. Necessário retirar placas e fios e reparar o segmento.

29 - CID 10 Principal: S81.3  
 30 - CID 10 (2)  
 31 - CID 10 (3)  
 32 - CID 10 (4)  
 33 - Indicação de Atendimento (incidente ou doença reatada)

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtd. Solt.	38 - Qtd. Aut.
01	30.21.61.03	Exatoma de fêmur	01	
02	30.21.61.04	Exatoma ligamentar agudo	01	
03	30.21.30.04	Meniscalectomia	01	
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				

Dados de Autorização  
 39 - Data Previsível de Admissão Hospitalar  
 40 - Qtd. Diárias Autorizadas  
 41 - Tipo de Acomodação Autorizada  
 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  
 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado  
 44 - Código CMEB

45 - Observação / Justificativa

Dr. Priscilla Soares  
 Ortopedia e Traumatologia  
 Cirurgia de Joelho  
 CRM: 13373 TEOT: 14775



# Hospital São Camilo

Unidade de Ressonância Magnética  
Rua Santos Dumont, 510 - Iguatu - CE  
Telefax: (0xx88) 3582-7800

**PACIENTE:** AURILENE PEREIRA DE ARAUJO  
**DATA DO EXAME:** 11/11/2020

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

**TÉCNICA:** Exame realizado em aparelho de alto campo (1,5 Tesla), pela técnica spin-echo e gradiente-echo com imagens ponderadas em T1 / T2 / DP algumas delas com saturação de sinal de gordura sem a injeção do meio de contraste paramagnético.

**Indicação clínica:** trauma.

### LAUDO:

- Edema ósseo no terço anterior e médio da zona de carga do côndilo femoral lateral e bem mais severo no platô tibial lateral onde se identifica fratura impactada do bordo posterior deste platô com infradesnívelamento de cerca de 4,7 mm. Há também afilamento da cartilagem de revestimento neste platô.

- Sinais de ruptura completa dos ligamentos cruzados anterior e posterior, bem como do terço proximal do ligamento colateral medial e porção insercional do ligamento patelo femoral medial.  
Sinais de estiramento grau 2 na porção proximal do ligamento colateral lateral.

- Acentuado edema no canto posterolateral comprometendo tecido adiposo profundo e as fibras musculares da junção miotendínea e do tendão popliteo e do gastrocnêmio lateral, com indefinição das fibras dos ligamentos fibulopoplíteo e fibulofabelar, caracterizando lesão do canto posterolateral.

- Discreta irregularidade dos contornos com fibrilações da borda livre do corpo do menisco medial ("meniscal fraying"). Há sinais de ruptura do ligamento menisco femoral medial.

- Cartilagem patelar apresentando redução focal da espessura na face medial junto ao vértice por cerca de 4,8 mm de extensão atingindo a superfície óssea, caracterizando condromalácia patelar focal 4.

- Pequeno derrame articular com edema na gordura de Hoffa e mais acentuado no coxim adiposo intra-articular posterior com estiramento da cápsula articular.

- Estruturas ósseas restantes de morfologia e sinal de ressonância magnética preservados.
- Cartilagem troclear de aspecto usual.
- Demais porções do menisco medial e o menisco lateral sem lesões intrassubstanciais.
- Tendão do músculo quadríceps e ligamento patelar de aspecto normal.
- Estruturas musculares restantes de morfologia e sinal normais.
- Porções visualizadas do trato ílio-tibial, tendões do bíceps femoral e da pata anserina com espessura e sinal normais.

Dr. Claudio Régis Sampaio Silveira  
CRM 5973



Clínica São Camilo LTDA

Rua Santos Dumont, 510 – Iguatu-Ce

Tele: (88) 3582-7800/Fax: 3582-7826

CNPJ: 07.174.521/0001-04

## RELATÓRIO DE ALTA

INTERNAÇÃO : 27/01/2021

ALTA: 28/01/2021

PACIENTE: AURILENE PEREIRA DE ARAÚJO

PACIENTE SUBMETIDA À RECONSTRUÇÃO DE LCA E LCM EM JOELHO ESQUERDO. EVOLUI BEM, SEM QUEIXAS, FO LIMPA, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM 0-90 GRAUS, DIURESE PRESENTE.

ORIENTAÇÕES:

CURATIVO A CADA 2 DIAS, REALIZAR EXERCÍCIOS CONFORME ORIENTADO, NÃO PISAR

USAR IMOBILIZADOR POR 15 DIAS

USAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS

RETORNO DIA 04/02/21 DIAS PELA MANHÃ, MARCAR COM JARILENE

QUALQUER INTERCORRÊNCIA ENTRAR EM CONTATO COM MÉDICO ASSISTENTE, DR PRISCILIANO SOARES, 71-993817704

IGUATU, 28/01/2021

Dr. Prisciliano Soares  
Ortopedia, Traumatologia,  
Cirurgia de Joelho  
CRM 12573 TEOT 14775

HOSPITAL SÃO CAMILO.

FORMULARIO DE SOLICITAÇÃO DE ORTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

NOME: *Barbeto Pereira de A.*  
 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: *S83 Lesão Multiligamentar*  
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:  
 DATA DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_ HORA DE INÍCIO: \_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	SUGESTÃO DO ESPECIALISTA
<i>Equipm. Sapatilha</i>	<i>01</i>	<i>Corvo / Impulso</i>
<i>Parafuso Interferômetro B10</i>	<i>04</i>	<i>"</i>
<i>KIT Sutura Minimal</i>	<i>01</i>	<i>"</i>
<i>Sentes Indesprezíveis</i>	<i>01</i>	<i>"</i>
<i>Lâmina de Sentes</i>	<i>02</i>	<i>"</i>

OUTROS EMPREGOS: *Archer, Smith*  
*Rephex*

NOTA 1: O agendamento de cirurgias eletivas que utilizam orteses, próteses e materiais especiais, deverá ser feito com antecedência de no mínimo 72 horas úteis.

NOTA 2: A sugestão do fornecedor será acatada pela Unimed Fortaleza desde que exista negociação prévia com a CELOD.

Obs.: Formulário encontra-se no site [www.unimedfortaleza.com.br](http://www.unimedfortaleza.com.br) na "Área do Cooperado".

SOLICITANTE: *Dr. Priscilla Soares*  
*Ortopedia e Traumatologia*  
*Cirurgião de Mão*  
*CRM: 13873 TEOD/11775*

92H33802

DN. 21/03/75

1 - Registro ANS: 32195-8  
 3 - Número da Guia Atribuído para Operadora  
 4 - Data da Autorização  
 5 - Senha  
 6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário  
 7 - Número da Carteira: 9390000061009107  
 8 - Validade da Carteira  
 9 - Atendimento de  
 10 - Nome: Jurelson Peres do Anjo  
 11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante  
 12 - Código na Operadora  
 13 - Nome do Contratado  
 14 - Nome do Profissional Solicitante: Presbítero Severo  
 15 - Conselho Profissional  
 16 - Número no Conselho: 13373  
 17 - UF  
 18 - Código CBD

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação  
 19 - Código na Operadora / CNPJ  
 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado  
 21 - Data sugerida para internação  
 22 - Caráter do Atendimento: Eletivo  
 23 - Tipo de Internação  
 24 - Regime de Internação  
 25 - Qtde. Diárias Solicitadas  
 26 - Previsão de uso de OPME  
 27 - Previsão de uso de quimioterapia

28 - Indicação Clínica  
 Doença com queda de nível, múltiplos pontos de selos expostos. Necessita de reparo reconstrutivo do LCA e banta posterior lateral.

29 - CID 10 Principal: S83  
 30 - CID 10 (2): S832  
 31 - CID 10 (3): S835  
 32 - CID 10 (4)  
 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde
01	30733073	Reconstrução do LCA	01	
02	30733065	Menisco Anterior	01	
03	30733081	Fratura com redução articular	01	
04	30733014	Sinovectomia total	01	
05	30726190	Lesão ligamentar periferica	01	
06	30731224	Transposição de Tendão	01	
07				
08				
09				
10				
11				
12				

Dados da Autorização  
 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar  
 40 - Qtde. Diárias Autorizadas  
 41 - Tipo da Acomodação Autorizada  
 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  
 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado  
 44 - Código CNEB

45 - Observação / Justificativa



# Hospital São Camilo

## Unidade de Raios X

Rua Santos Dumont, 510 - Iguatu - CE  
Telefax: (0xx 88) 3582-7800

PACIENTE: *AURILENE PEREIRA DE ARAÚJO*

DATA: *21 / 10 / 2020*

### RAIOS-X DIGITAL DO JOELHO ESQUERDO AP/P

#### LAUDO:

- Artefatos de fixação externa do joelho.
- Deslocamento anterior do coxim gorduroso pré-femoral, podendo estar relacionado a derrame articular.
- Aumento de partes moles do joelho.
- Estruturas ósseas integras ao método.
- Espaços articulares preservados.

  
CLARISSA LADEIA MAIA  
CRM: 19667

Rua Santos Dumont, 510, Iguatu-Ceará - Fone: (88) 3582-7800.  
[www.hospitaocamilo.com.br](http://www.hospitaocamilo.com.br)

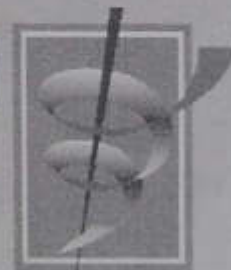
Amelino Pereira

Rx Uro externo

1- Imobilizador para  
 Joelho (50 ou 60 cm)

28/10/21

Dr Prisciliana Soare  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgião de Joelho  
CRM 13373 TEOT 14775



RUA SANTOS DUMONT, 510 - CEP 63.500-168 - IGUATU - CEARÁ  
Fone: (88) 3582-7800  
[www.hospitaocamilo.com.br](http://www.hospitaocamilo.com.br)

HOSPITAL  
SÃO CAMILO

Nós cuidamos de você

## Declaração

Eu, Antônio Pereira de Araújo, uma  
encontro com a síndrome grave e me  
do meu ouvido, pois, após o  
ocorreu fiquei com perigo a perna  
fiqueu inutilizada sem movimento  
do membro, com atrofiamento  
dentro da tabela da cor não foi  
papel o colorido correto. Não outro  
perigo e/ou médico ouvido. Segue  
as fotos da minha lesão.  
Segue laudo recebido com 100% de  
lesão.

Antônio Pereira de Araújo



Paciente: Aurilene Pereira de Araújo,

### Relatório Médico

Paciente vítima de luxação de joelho esquerdo dia 09/10/2020, submetida à tratamento cirúrgico com fixador externo transarticular, onde permaneceu por 4 semanas. Ressonância evidenciando lesão multiligamentar com ruptura do LCA, LCP e LCM. Após retirada do fixador, observamos instabilidade ligamentar grave, onde tivemos que realizar reconstrução ligamentar do LCA + LCM em tempo único em janeiro de 2021. Evolui com melhora do quadro, queixa de dor, e instabilidade ligamentar residual, dependente do uso de muletas. Apresenta déficit de 100 % em membro inferior esquerdo.

CID: S83, S83.5

Iguatu, 04/08/2021

Dr. Prisciliano Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM 13373 TEOT: 14775

---

Dr. Prisciliano Soares de França

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho

CRM-CE -13373 TEOT-14775

**SAAE** SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUAZU  
 Rua Desembargador Wilson Carneiro Lima, 777 - Prado - Iguaçu/CE  
 CEP: 8888-188 - CNPJ: 07.164.184/0001-44  
 Fone: (82) 3888-7788/388 (87400114)  
 Site: www.saae.iguazu.gov.br

REGIÃO: 0035111.8 CLASSE: PAR MAPA: RES ECONÔMICO: RES COM: 00 PAR: 001 MÊS/AN: 11/2020

HIDROMETRO: A17G780183 INSTALAÇÃO: 16/08/17 LOCALIZAÇÃO: 00 00.36.0000009250 RATORA: 200323815

**IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR**  
 AURILENE PEREIRA DE ARAUJO  
 RUA JOAO BATISTA 12B - NOVO ALTIPLANO  
 CEP: 63.500-670 - IGUAZU-CE

**SERVIÇOS E TARIFAS**

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	ÁGUA		30,50

**HIDROMETRIA** **ULTIMOS CONSUMOS**

LEITURA	DATA	8	8	7	8	6	12	10
ANTERIOR: 196	06/10/20							
ATUAL: 306	08/11/20							
CONSUMO: 10	DIAS: 31							
LEITURISTA: 07	CCO: 00							
PRÓXIMA LEITURA: 34/12/20								

MÉDIA: 8 m<sup>3</sup>

**PARAMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA**  
 RESERVA: RRS SA-ETA CACCOB PERÍODO: 30/08/20 A 31/10/20

PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO
PH	47E 100H	01	7,50
CLORO	47E 54F	01	5,00
TURBID.	47E 50T	01	1,10
FLOC.	47E 15	01	0,73

PARABENS! O SAAE AGRABECE-SUA PONTUALIDADE

VENCIMENTO: 30/11/2020 VALOR R\$ 30,50





Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: *Aurilene Pereira Azevedo* Data da solicitação: *04.08.21*  
DD/MM/AA  
 Nome do beneficiário: *Aurilene Pereira Azevedo* CPF do beneficiário: *270.586.358-38*  
 Nome do solicitante: *Aurilene Pereira Azevedo* CPF do solicitante: *270.586.358-38*

**DADOS PARA CONTATO**

Tel. Celular: (*88*) *996650220* Tel. Comercial: ( DDD ) Tel. Residencial: ( DDD )  
DDD DDD

E-mail: \_\_\_\_\_

**INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO**

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**

DISCORDO DA NEGATIVA  DISCORDO DO VALOR RECEBIDO  DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**

NÃO  SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: \_\_\_\_\_ [DESCREVER]

**NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Devido uma outra avaliação da minha mão permanente, na minha documentação, tem a indicação de sequelas definitivas, outro fragmento do membro lesionado no acidente.*

*Siquetex - ee 04.08.21.*  
Local e Data  
*Aurilene Pereira de Azevedo*  
 Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

**IMPORTANTE:**

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:  
 O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

HOSPITAL  
SÃO CAMILO  
Nós cuidamos de você.



**PRISCILIANO  
SOARES**  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho

Paciente: Aurilene Pereira de Araújo,

### Relatório Médico

Paciente vitima de luxação de joelho esquerdo dia 09/10/2020, submetida à tratamento cirúrgico com fixador externo transarticular, onde permaneceu por 4 semanas. Ressonância evidenciando lesão multiligamentar com ruptura do LCA, LCP e LCM. Após retirada do fixador, observamos instabilidade ligamentar grave, onde tivemos que realizar reconstrução ligamentar do LCA + LCM em tempo único em janeiro de 2021. Evolui com melhora do quadro, queixa de dor, e instabilidade ligamentar residual, dependente do uso de muletas. Apresenta déficit de 100 % em membro inferior esquerdo.

CID: S83, S83.5

Iguatu, 04/08/2021

Dr. Prisciliano Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM 13373 TEOT 14775

---

Dr. Prisciliano Soares de França

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho

CRM-CE -13373 TEOT-14775

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210041577

**Cidade:** Iguatu

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** AURILENE PEREIRA DE ARAUJO

**Data do acidente:** 09/10/2020

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura De Ossos do Joelho Esquerdo. Luxação de Joelho Esquerdo

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 10°, extensão aos 140°, presença de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Periciada submetida a tratamento clínico cirúrgico com colocação de fixador externo com enxerto ósseo fisioterapia, analgésicos em uso de muletas, evoluindo com derrame articular. com alta definitiva em 04/08/2021

**Sequelas permanentes:** Joelho esquerdo em grau intenso.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 13/08/2021

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:**

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210041577

**Cidade:** Iguatu

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** AURILENE PEREIRA DE ARAUJO

**Data do acidente:** 09/10/2020

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

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

**Data da análise:** 25/08/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM A PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 12/03/2021 E 13/08/2021.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037326/21

**Número do Sinistro:** 3210041577

**Vítima:** AURILENE PEREIRA DE ARAUJO

**CPF:** 270.586.358-38

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

**Data do acidente:** 09/10/2020

**Titular do CPF:** AURILENE PEREIRA DE ARAUJO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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: 06/08/2021  
Nome: AURILENE PEREIRA DE ARAUJO  
CPF: 270.586.358-38

AURILENE PEREIRA DE ARAUJO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2021  
Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO  
CPF: 167.398.762-15

LEVI OLIVEIRA AMANCIO