

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
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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.

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; RENAVAM 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

[Handwritten signature]



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 AURILENE PEREIRA DE ARAUJO						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 curvatura femorotibial (E). Pulsos pedioso e tibial presentes e integros. SI sinais de uso n. fíbula. CT: Intenso pl. unguine de unguine

Frederico Maxiano da Alencar
CRM 10271/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

Auriteu Pereira de Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/03/1975

9 - SEXO

Masculino

Feminino

1

10 - RAÇA/COR

43

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Francisco Pereira de Souza

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Apuleio Lima - Vila

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. cirúrgica

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. cirúrgica

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 PROFISSIONAL

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)

52 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

53 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

54 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

55 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

56 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

57 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

58 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

59 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

60 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

61 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

62 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

63 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

64 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

65 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

HOSPITAL REGIONAL DE IGUATU

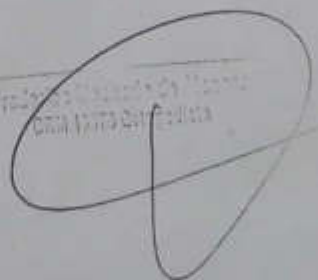
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

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 14730-0/SP - ORTOPEDIA





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	302.01.61.03	Exatoma de fêmur	01	
02	302.01.61.04	Exatoma de fêmur	01	
03	302.1.3.0.6.4	Montagem de placa	01	
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				

Dados de Autorização
 39 - Data Prevista 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 infradesnivelamento 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 Mão
CRM 12573 TEOT 14775

HOSPITAL SÃO CAMILO.

FORMULARIO DE SOLICITAÇÃO DE ORTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

PACIENTE: *Barbosa Pereira do A.*

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: *S83 Lesão Multiligamentar*

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DATA DO PROCEDIMENTO: _____ HORA DE INSCRIÇÃO: _____

DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	SUGESTÃO DO ESPECIALISTA
<i>Equipm. Bepuls unim.</i>	<i>01</i>	<i>Corvo Implants</i>
<i>Parafuso interferimob Bio</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 Nylon</i>	<i>02</i>	<i>"</i>

OUTROS EMPREGOS: *Archer, Smith Nephew*

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 na "Área do Cooperado".

SOLICITANTE: *Dr. Priscilla Soares*
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgião de Juntas
 CRM: 13673 TEOD/11775

CHUF: _____

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: 9290000061229127
 8 - Validade da Carteira
 9 - Atendimento de
 10 - Nome: Jurelson Pereira 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 bento 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 ADELAIDE MAIA
CRM: 19667

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

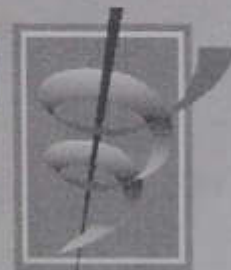
Amelino Pereira

Rx Uv externa

1- Imobilizador para
tórax (50 ou 60 cm)

28/10/21

Dr Prisciliana Soares
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

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
fiquei incapacitada 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 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

Memoro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho

CRM-CE -13373 TEOT-14775

SAAE SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUAÇU
 Rua Desembargador Wilson Carneiro Lima, 772 - Prado - Iguaçu/CE
 CEP: 8888-188 - CNPJ: 07.164.186/0001443
 Fone: (82) 3888-7780/388 (8740x1114)
 Site: www.saae.iguacu.gov.br

REGIÃO: 0035111.8 CLASSE: PAR MAPA: RES ECONÔMICO: RES COM: 01 PAR: 007 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 - IGUAÇU-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 m³ MAI JUN JUL AGO SET OUT NOV

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

PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO
CPB	47E 100%	01	100,00
PH	6 A 9	01	7,50
CLORO	47E 50%	01	5,00
TURBIDU	47E 50%	01	1,10
FLOC	47E 1%	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 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 lesão permanente, na minha documentação, tem a indicação de sequelas definitivas, outro fragmento do membro lesionado no acidente.

Siquetec - 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 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