



Número: **0087634-36.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Paulista**

Última distribuição : **21/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.037,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RENATA ARAUJO CADETE (AUTOR)		FLAVIA ROBERTA DA SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70349919	30/10/2020 11:46	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190544867

Vítima: RENATA ARAUJO CADETE

Data do Acidente: 22/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENATA ARAUJO CADETE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14797072

Pag. 01751/01752 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190544867**

**Vítima: RENATA ARAUJO CADETE**

**Data do Acidente: 22/01/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), RENATA ARAUJO CADETE**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 171,61
Juros:	R\$ 1,05
Total creditado:	R\$ 1.860,16

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: RENATA ARAUJO CADETE**

**Valor: R\$ 1.860,16**

**Banco: 104**

**Agência: 000000944**

**Conta: 0000034239-9**

**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).

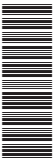
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01187/01188 - carta\_15R - INVALIDEZ

00030594



# 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: 4 - Nome completo da vítima:

029-232-56431 RENATO ARAUJO CADETE

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

RENATO ARAUJO CADETE 029-232-56431 Adv. Administrativo Rua Jose Expedito Da Andrade 96 4 11 - Bairro: Fátima 12 - Cidade: Aracaju 13 - Estado: SE 14 - CEP: 53402-635 16 - Tel. (DDD): 091-987757014

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0944 CONTA: 00034239 9 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (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 assinatura (assinou)? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

11/05/2019







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 003ª CIRCUNSCRIÇÃO - JOANA BEZERRA - DP3ªCIRC DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0093001787

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/09/2019 às 17:30

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**, que aconteceu no dia 22/1/2017 às 16:45

Fato ocorrido no endereço: **BR 101, ATACADÃO - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUCAS (BAIRRO)**, 1 - Bairro: **CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA / BR 101**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTORISTA NÃO IDENTIFICADO (AUTOR / AGENTE)  
EMPRESA CONORTE (OUTRO)  
RENATA ARAUJO CADETE (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MOTORISTA NÃO IDENTIFICADO

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

**RENATA ARAUJO CADETE (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DO CARMO ARAUJO CADETE** Pai: **SEVERINO CADETE** Data de Nascimento: **26/8/1977** Nacionalidade: **RIO DE JANEIRO / RIO DE JANEIRO / BRASIL** Documentos: **5395791/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUXILIAR DE CONTABILIDADE** Telefones Celulares: **- 988956374**

Residencial: **JOSE EXPEDITO DE ANDRADE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE OLINDA (BAIRRO)**, 96 - CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MOTORISTA NÃO IDENTIFICADO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**EMPRESA CONORTE (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**ÔNIBUS (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EMPRESA CONORTE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MOTORISTA NÃO IDENTIFICADO**

Categoria/Marca/Modelo: **ÔNIBUS-NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
10/09/19



## Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE AO DESER DO ÔNIBUS DA EMPRESA CONORTE EM UMA PARADA DEFRENTE AO ATACADÃO NA BR 101 EM CRUZ DE REBOUÇAS/GARASSU O MOTORISTA DEU PARTIDA E A MESMA VEIO A CAIR AO SOLO, SENDO A MESMA SOCORRIDA PELO SAMU SOBRE A OCORRÊNCIA DE Nº 285460 E CONDUZIDA PARA O HOSPITAL DO ESPINHEIRO CONFORME SOBRE O NUMERO DE ATENDIMENTO 12289498, PROTOUÁRIO 7047907. CASO AFETO A DELEGACIA DE CRUZ DE REBOUÇAS.

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

RENATA ARAUJO CADERTE

(VITIMA)

*Renata A. Cadete*

B.O. registrado por: ISAIAS FERREIRA DE AMORIM - Matrícula: 3810461



KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
*10/09/19*





# 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: 4 - Nome completo da vítima:

029-232-56431 RENATO ARAUJO CADETE

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

RENATO ARAUJO CADETE 029-232-56431 Adv. Administrativo Rua Jose Expedito Da Andrade 96 4 11 - Bairro: Fátima 12 - Cidade: Aracaju 13 - Estado: SE 14 - CEP: 53402-635 16 - Tel. (DDD): 091-987757014

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0944 CONTA: 00034239 9 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (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 assinatura (assinou)? ☐ 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 a aqueles 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

11/05/2019



**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO**

DA Nº 23.07.2017  
EM: 25.07.2017

Atendendo ao requerimento da Srª. **RENATA ARAUJO CADETE** RG Nº 5.395.791 SDS – PE, CPF Nº 029.232.164-31, declaramos que baseado na ficha de Ocorrência Nº S – 285400, do dia 22 de janeiro de 2017, foi atendida pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Paulista, por volta das 17hs e 12min, vítima de Queda de Ônibus na BR– 101 - Norte, S/N, – Abreu e Lima, sendo em seguida removida para o Hospital do Espinheiro.

*Jeane Andréa da Silva*  
Jeane Andréa da Silva  
COREN 172162  
Coordenadora de Enfermagem  
SAMU-Paulista MAT. 60850  
Jeane Andréa da Silva  
Enfermeira  
COREN-PE 172162

Av. Antônio Cabral de Souza nº810, Maranguape I CEP 53421-420 – Paulista/PE.

**KOTE SEGUROS**  
Erica Araujo  
19/09/19





## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300211/12 22/02/2017 15:28

Paciente: RENATA ARAUJO CADETE Atendimento: 12289498 Prontuário: 7047907 Convênio: HAPVIDA  
Profissional(is): RAPHAEL BURLAMAQUI DE QUEIROZ CRM 21344 [1] Nº: 03913152 22/01/2017 às 18:16

### ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU COM HISTÓRIA DE QUEDA DE ONIBUS EM PE CPM DOR EM PERNA E. NEGA DESMAIOU VÔMITOS

[1]

CID10

S801 CONTUSÃO DE OUTR PARTES E DE PARTES NE PERN

[1]

### DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica

CID10

S801 CONTUSÃO DE OUTR PARTES E DE PARTES NE PERN

[1]

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
19/09/19



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	24/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.860,16
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATA ARAUJO CADETE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00944

CONTA: 000000034239-9

---

---

Nr. da Autenticação 47D23A69A3357DA0



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RENATA ARAUJO CADETE

RG nº 5395791, data de expedição 26/04/17, Órgão SDS/Pe

CPF nº 029.232.164.31, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. JOSE EXPEDITO DE ANDRADE</u>
Número	<u>96</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>FRAGOSO</u>
Cidade	<u>DALÍZIO</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53402-635</u>
Telefone de Contato	<u>81.987757014</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Dalizio 13 Setembro 2019

Assinatura do Declarante: Renata J Cadete







**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



001314



RENATA ARAUJO CADETE  
JOSE EXPEDITO DE ANDRADE 96 CASA  
FRAGOSO  
PAULISTA - PE  
53402.635



5013196987404310000000214030270219



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300211/12 22/02/2017 15:28

Paciente: RENATA ARAUJO CADETE Atendimento: 12289498 Prontuário: 7047907 Convênio: HAPVIDA  
Profissional(is): RAPHAEL BURLAMAQUI DE QUEIROZ CRM 21344 [1] Nº: 03913152 22/01/2017 às 18:16

ANAMNESE

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU COM HISTÓRIA DE QUEDA DE ONIBUS EM PE CPM DOR EM PERNA E. NEGA DESMAIOU VÔMITOS [1]

CID10: S801 CONTUSÃO DE OUTR PARTES E DE PARTES NE PERN [1]


DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica

CID10: S801 CONTUSÃO DE OUTR PARTES E DE PARTES NE PERN [1]

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
19/09/19




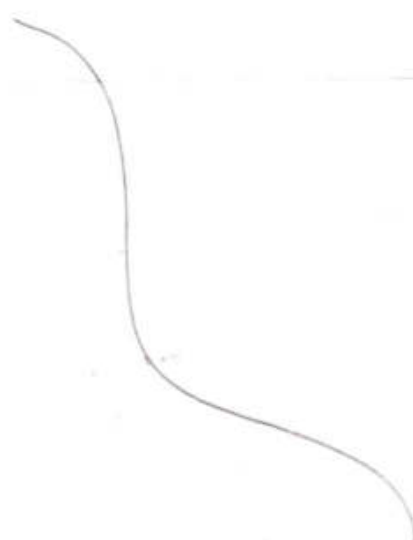
 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco <b>HOSPITAL</b> <b>Getúlio Vargas</b>		NOME DA UNIDADE: <b>HOSPITAL GETÚLIO VARGAS</b> CGC Nº: <b>10.572.048/0005-51</b> <b>(03 vias)</b>	
<b>LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH</b>			
CARTÃO SUS:		SENHA:	
NOME DO PACIENTE:			
DATA DE NASCIMENTO:		SEXO:	Nº DO REGISTRO:
NOME DA MÃE:			
ENDEREÇO:			
Nº:	BLOCO:	APT:	BARRIO:
MUNICÍPIO:		UF:	CEP:
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
HISTÓRIA CLÍNICA:			
Trauma no antebraço (E) no joelho 2019. Fratura de ulna (E) no antebraço esquerdo. Exatidão de 100% para a ulna esquerda			
EXAME FÍSICO:			
PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:			
Antebraço e joelho por trauma + 10			
PROCEDIMENTO SOLICITADO:		CÓDIGO:	
Trauma no antebraço e joelho			
DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE:		CARÁTER DA INTERNAÇÃO:	
Trauma no antebraço e joelho			
DATA: 29 / 11 / 19		DATA: / /	
Marcelo Raul C. Torres Ortopedia e Traumatologia CREMEP 00730-00730-005			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR	
<b>PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS</b>			
<b>AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR</b>			
NOME DA UNIDADE:			
CARIMBO E ASSINATURA DO BÍBLICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO		DATA DO ENCAMINHAMENTO	
Avenida General San Martin s/n - Cordeiro Recife/PE - CEP: 50.080-000 Fone: (081) 31648000			

KOTE SEGURO  
 Erica Araújo  
 14/09/19





UNB: 89800003 140000  
 Paciente: **RENATA ARAUJO CADETE**  
 Nascto: 26/08/1977 Sexo: **FEMININO** Fone: (81) 8524-3185  
 MARIA DO CARMO ARAUJO CADETE Nº 96 Compl  
 RUA JOSE EXPEDITO DE ANDRADE Nº 96 Compl  
 FRAGOSO Cidade: PAULISTA UF: PE  
 53402635 Dt.Cadastro: 29/11/2017 Hs: 11:06 Usuário: REGINALDO S  
 ACESSOPROD Dt.Impressão: 29/11/2017 11:08

 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco <b>HOSPITAL</b> <b>Getúlio Vargas</b>		<b>RECEITUÁRIO</b>	
NOME COMPLETO: <u>Renata Araújo Cadete</u>			
IDADE:		SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
<p>           Delimito internar a            paciente em         </p>  <p>           27/11/17         </p> <p>           Marcelo Raul C. Torres            Ortopedia e Traumatologia            CREMEPE 25.235-1/2015-004         </p>			

HGV 1002 V 1.2013

Avenida General San Martín s/n - Candeiro  
 Recife/PE - CEP 51.630-000  
 Fone: 0XX 81 31345600




NOME:	Renata Araújo Cadete, 40 anos
-------	-------------------------------

**LAUDO MÉDICO**

Paciente realizou tratamento conservador para fratura de calcâneo esquerdo. Trauma em 22/01/17. Evolui com dores / limitação funcional importante.  
Radiografia evidencia degeneração articular em retropé.  
Não apresentou melhora com tratamento conservador (fisioterapia motora).  
Em programação para tratamento cirúrgico (artrodese) em novembro de 2017.  
Tal quadro limita paciente para atividades que requeiram longo período em posição ortostática ou em deambulação.

CID10: M19.1

  
Recife, 05/10/17

Marcelo Torres  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 20.730 / TEOT 15.665

KOTE SEGUROS  
Erica Araújo  
19/10/17

Hapclínica Recife, Rua do Espinheiro, Nº 119, Espinheiro, Recife-PE  
Fone: (81) 3217.4200





### LAUDO MÉDICO

**Renata Araújo Cadete, 40 anos**

Paciente realizou tratamento conservador para fratura de calcâneo E – trauma em janeiro/2017.  
Evolui com dores / limitação funcional.

Radiografia (25/08/17) evidencia fratura consolidada de calcâneo, com incongruência de articulação subtalar.

Em programação cirúrgica para realização de artrodese.

Solicitados exames preoperatórios em 31/08/17.

Tal quadro limita paciente para realização de atividades que requeiram longo período em posição ortostática ou em deambulação.

CID 10: S92.0 / M19.9

Marcelo Raul C. Torres  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEPE 20.730-TE-07.15.665

Recife, 31/08/2017

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
14/09/19





**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA**  
**SISTEMA DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - TOMOGRAFIA**

Emissão de Laudo

Pedido de Exames.....: 2151455 Cod. Atendimento...: 9157411

Paciente.....: 4031119 RENATA ARAUJO CADETE

Médico Solicitante.....: 342 PLANTONISTA DO IMIP

Data da Solicitação.....: 08/06/2018 Hora.....: 12:30:59

Data.....: 16/08/2018

Hora.....: 11:44:43

SAME.....: 4031119

Idade.....: 40a 11m 21d

Sexo.....: F

Convênio.....: SUS - URGENCIA Origem da Solicitação.....: PACIENTES EXTERNOS

Unidade Internação...: Enfermaria...: Leito...:

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO ESQUERDO**

**Indicação:**

Artrose subtalar

**Técnica:**

Cortes tomográficos computadorizados obtidos sem a administração de contraste.

**Achados:**

Significativa desmineralização óssea.

Histórico de fratura em passado remoto, havendo sinais de consolidação algo viciosa, notando-se pequeno desvio entre os elementos da fratura, que levaram a pequenas projeções osteofitárias e ainda a redução da inclinação do arco plantar. Nota-se também moderadas alterações degenerativas em articulação talo-calcaneana, notadamente na superfície talar, representadas por afundamento do calcâneo com concavidade voltada para cima, bem como irregularidade importante das superfícies articulares, esclerose cortical e cistos subcondrais.

Moderadas alterações degenerativas nas articulações tibio-talar e talo-cubóide, notando-se erosão cortical na superfície do talus e do osso cubóide.

Notada redução do arco plantar caracterizando pé plano.

Entesófito na inserção distal do tendão calcâneo.

Pequeno entesófito na inserção calcânea da fásia plantar.

Espaços articulares tibio-társicos normais com bom alinhamento.

Não há evidência de barras ósseas.

Pequeno derrame peri-articular.

Gordura subcutânea e entre os planos musculares preservada.

Estruturas musculares e tendíneas sem alterações detectáveis pelo método.

ALVARO AUGUSTO CAVALCANTI M CAMPOS  
CRM 14749

ADRIANA SUSANNE JALCIRA JEUNON  
7087

KOTE SEGURO  
Erica Araujo  
14/08/19







KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
19/09/2019

# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT N° 29312104



1 - Registro Ans	3 - Nº Guia Principal	4 - Data de Autorização	5 - Serviço	6 - Data de Validade da Sessão	7 - Data de Emissão da Guia
ANS nº 363253	29312104				
<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>					
8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
B1523000016004	NOSSO PLANO XII - 700370996		RENATA ARAUJO CADETE		
<b>DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE</b>					
13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF	14 - Nome do Contratado	15 - Código CNES	16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho
			KID NELIO SOUZA DE MELO	CRM	19413
19 - UF	20 - Código CBO S	21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caracter da Solicitação	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica
PE		20/03/2017 11:48	E - Emergência U - Urgência		TC(24/01/17) = FRATURA MULTIFRAGMENTAR DE CALCANEÓ ESQUERDO, COM RELAÇÕES ARTICULARES
25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28 - Qtd Solic.	29 - Qtd Autor.	
1 1992	32040113	CALCANEO	1	1	
<b>DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE</b>					
30 - Código na Operadora/CNPJ/CPF	31 - Nome do Contratado	32 - T. Log	33-34-35 - Legatário - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF
40 a - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec.	41 - Nome do Profissional Executante/Complementar	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO S
					46 a - Grau de Participação
<b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>					
46 - Tipo de Atendimento	03 - Terapias	04 - Consulta	05 - Exame	06 - Atendimento Domiciliar	
07 - SADT Internado	08 - Quimioterapia	09 - Radioterapia	10 - TRS - Terapia Remota Substitutiva		
<b>CONSULTA REFERÊNCIA</b>					
49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença	51 - Hora Inicial	52 - Hora Final	53 - Hora Final	54 - Tab
<b>PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS</b>					
51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tab	55 - Código do Procedimento	56 - Valor Unitário - R\$
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
<b>63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série</b>					
1 -					
2 -					
<b>64 - Observação</b>					
<b>AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE SEU ATENDIMENTO.</b>					
Assinatura do Usuário / Representante					
65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Abusos - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gases Médicos - R\$
71 - Total Geral da Guia - R\$					
72 - Data e Assinatura do Solicitante	73 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	75 - Data e Assinatura do Prestador Executante		
20/03/2017					





## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) RENATA ARAUJO CADETE às 11:51 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho por 15 ( QUINZE ) dias, a partir de 23/01/2017, tendo como causa do atendimento

S920

Código da Doença

Recife, 23/01/17

Local e Data

Kid Nêlio Souza de Melo  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEOP 38413 TEST 14521

Assinatura do Médico

KIDNELIO  
Autenticação: BYGLX1708R9E4

23/01/2017 11:58

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
Nataca





## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) RENATA ARAUJO CADETE às 16:04 hs , sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho por 40 ( QUARENTA ) dias, a partir de 25/01/2017 , tendo como causa do atendimento

S920

Código da Doença

Rec. 25/01/17  
Local e Data

Kid Nélso Souza de Azevedo  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEPE 00013 TEOT 14521

Assinatura do Médico

KIDNELIO  
Autenticação: BVKQZ1708R9E4

25/01/2017 16:10

KOTE SEGURO  
Erica Araujo  
19/09/19





## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) RENATA ARAUJO CADETE às 11:28 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho por 40 ( QUARENTA ) dias, a partir de 21/02/2017, tendo como causa do atendimento

S920

Código da Doença

*Recife, 21/02/17*  
Local e Data

KID NELIO CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 111.720/1-4571

Assinatura do Médico

KIDNELIO  
Autenticação: BSGLV2708R9E4

21/02/2017 11:32

KOTE SEGURO  
Erica Araujo  
*Marcia*



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT														
<div> <div>Hapvida</div> <div> <div>1 - Registro ANS</div> <div>ANS nº 36825-3</div> </div> <div> <div>2 - Nº Guia Principal</div> <div></div> </div> <div> <div>3 - Data de Autorização</div> <div></div> </div> <div> <div>4 - Data de Emissão da Guia</div> <div></div> </div> <div> <div>5 - Série</div> <div></div> </div> <div> <div>6 - Data de Validade da Guia</div> <div></div> </div> <div> <div>7 - Data de Emissão da Guia</div> <div></div> </div> </div>														
<div> <div>8 - Número da Carteira</div> <div></div> </div> <div> <div>9 - Plano</div> <div></div> </div> <div> <div>10 - Validade da Carteira</div> <div></div> </div> <div> <div>11 - Nome</div> <div></div> </div> <div> <div>12 - Número do Cartão Nacional de Saúde</div> <div></div> </div>														
<div> <div>13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF</div> <div></div> </div> <div> <div>14 - Nome do Contratado</div> <div>ILUSTRAÇÃO ANATOMICA</div> </div> <div> <div>15 - Código CNES</div> <div></div> </div> <div> <div>16 - Nome do Profissional Solicitante</div> <div></div> </div> <div> <div>17 - Conselho Profissional</div> <div></div> </div> <div> <div>18 - Número no Conselho</div> <div></div> </div> <div> <div>19 - UF</div> <div></div> </div> <div> <div>20 - Código CBO S</div> <div></div> </div>														
<div> <div>21 - Descrição da Solicitação</div> <div>22 - Características da Solicitação</div> <div>23 - CID 10</div> <div>24 - Indicação Clínica</div> <div>25 - Indicação de Urgência / Emergência</div> <div>26 - Código do Procedimento</div> <div>27 - Descrição</div> <div>28 - Qde Solic. 29 - Qde Autor.</div> </div>														
<div> <div>30 - Código da Operadora / CNPJ / CPF</div> <div></div> </div> <div> <div>31 - Nome do Contratado</div> <div></div> </div> <div> <div>32 - TLog</div> <div></div> </div> <div> <div>33 - 54-35 - Logradouro - Número - Complemento</div> <div></div> </div> <div> <div>34 - Município</div> <div></div> </div> <div> <div>35 - UF</div> <div></div> </div> <div> <div>36 - Cod BGE</div> <div></div> </div> <div> <div>37 - CEP</div> <div></div> </div> <div> <div>38 - Código CNES</div> <div></div> </div>														
<div> <div>39 - Código da Operadora / CNPJ / CPF</div> <div></div> </div> <div> <div>40 - Nome do Profissional Executante / Complementar</div> <div></div> </div> <div> <div>41 - Conselho Profissional</div> <div></div> </div> <div> <div>42 - Número no Conselho</div> <div></div> </div> <div> <div>43 - Código CBO S</div> <div></div> </div> <div> <div>44 - UF</div> <div></div> </div> <div> <div>45 - Grau de Participação</div> <div></div> </div>														
<div> <div>46 - Tipo de Atendimento</div> <div>01 - Remissão 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva</div> </div>														
<div> <div>47 - Indicação de Acidente</div> <div>01 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 02 - Outros</div> </div>														
<div> <div>48 - Tipo de Saída</div> <div>01 - Retorno 02 - Retorno SADT 03 - Referência 04 - Internação 05 - Alta 06 - Óbito</div> </div>														
<div> <div>49 - Tipo de Doença</div> <div>50 - Tempo de Doença</div> <div>51 - Hora Inicial</div> <div>52 - Hora Final</div> <div>53 - Código do Procedimento</div> <div>54 - Tab. 55 - Código do Procedimento</div> <div>56 - Valor Unitário - R\$</div> <div>57 - Valor Total - R\$</div> </div>														
<div> <div>58 - Data e Assinatura do Procedimento em Série</div> <div>59 - Total Medicamentos - R\$</div> <div>60 - Total Materiais - R\$</div> <div>61 - Total Gases Medicinas - R\$</div> <div>62 - Total Geral da Guia - R\$</div> </div>														
<div> <div>63 - Data e Assinatura do Procedimento em Série</div> <div>64 - Observação</div> </div>														



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300211/12 22/02/2017 15:28

Paciente:	RENATA ARAUJO CADETE	Atendimento:	12289498	Prontuário:	7047907	Convênio:	HAPVIDA
Profissional(is):	RAPHAEL BURLAMAQUI DE QUEIROZ CRM 21344 [1]		Nº:	03913223	22/01/2017	às	18:43
<b>ANAMNESE</b>							
Queixa Principal	FRATURA DE CALCANEIO CIRURGICA						[1]
CID10	S920 FRAT DO CALCANEIO						[1]
<b>DIAGNÓSTICO</b>							
Hipótese Diagnóstica							
CID10	S920 FRAT DO CALCANEIO						[1]
<b>PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO</b>							





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.  
TOMOGRAFIA - HIL  
NºPedido: 6762779

Data 24/01/2017  
Pag 1 de 1

Paciente...: 7047907 RENATA ARAUJO CADETE Sexo: F  
Nascimento.: 26/08/1977 CPF.: 2923216431  
Endereco...: R JOSE ESPEDITO DE ANDRADE 96 SÍTIO FRAGOSO OLINDA PE 531  
Convenio...: HAPVIDA Tel.: 8524-3185  
Matricula...: B1523000016004023  
Solicitante: Dr(a) KID NELIO SOUZA DE

Exame:  
TC DAS ARTICULACOES (EXT CLA-OMB-COT-

!/@}4."

1229901711

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO ESQUERDO

#### TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas aquisições do tornozelo esquerdo em tomógrafo computadorizado de multidetectores, sem a administração venosa do contraste iodado.

#### ANÁLISE:

Fraturas cominutivas do calcâneo com fragmentos alcançando a face articular talar, já com leve afundamento da interface superior.

Relações articulares preservados.

Pequeno acúmulo de líquido nos recessos subtalares.

Moderada densificação das partes moles por edema.

REGINA CELI DE HOLANDA MARINHO  
CRM 17607 - PE

KOTE SEGURO:  
Erica Araujo  
19/01/19





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.  
RAIO X HAPC BR ITAMARACA  
NºPedido: 6851395

Data 15/02/2017  
Pag 1 de 1

Paciente...: 7047907 RENATA ARAUJO CADETE

Nascimento...: 26/08/1977 Sexo: F

CPF.: 2923216431

Endereco...: R JOSE ESPEDITO DE ANDRADE 96 SITIO FRAGOSO OLINDA PE 5300C

Convenio...: HAPVIDA

Tel.: 8524-3185

Matricula...: B1523000016004023

Solicitante: Dr(a) KID NELIO SOUZA DE

Exame:

RX CALCANEOS ESQUERDO

! / M3.. "

1242161111

RELATÓRIO:

- Exame para controle evolutivo.
- Correlacionar com exames anteriores.

ADRIANA BARBALHO FERRAZ FRANCO  
CRM 12061 - PE

KOTE SEGURO  
Erica Araujo  
19/09/19





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM  
RAIO X HAPC BR ITAMARACA  
NºPedido: 6925805

Data 10/03/2017

Pag 1 de 1

Paciente...: 7047907 RENATA ARAUJO CADETE

Nascimento...: 26/08/1977 Sexo: F

CPF.: 2923216431

Endereço...: R JOSE ESPEDITO DE ANDRADE 96 SITIO FRAGOSO OLINDA PE 53000

Convenio...: HAPVIDA

Tel.: 8524-3185

Matricula...: B1523000016004023

Solicitante: Dr(a) KID NELIO SOUZA DE

Exame:

RX CALCANEIO

! / X < ). "

1253250E11

#### RELATÓRIO

- Fratura do calcâneo em consolidação.

GILBERTO MOURA DE BRITO  
CRM 5418 - PE

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
14/03/17







DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIO X - VI PARQUE AMORIM

NºPedido: 7137734

Data 05/05/2017

Pag 1 de 1

Paciente...: 7047907 RENATA ARAUJO CADETE

Nascimento...: 26/08/1977 Sexo: F

CPF.: 2923216431

Endereco...: R JOSE ESPEDITO DE ANDRADE 96 SITIO FRAGOSO OLINDA PE 53000

Convenio...: HAPVIDA

Tel.: 8524-3185

Matricula...: B1523000016004023

Solicitante: Dr(a) KID NELIO SOUZA DE

Exame:

RX CALCANEIO

!OMAA

1342939311

#### RELATÓRIO:

- Fratura em consolidação no calcâneo.

GILBERTO MOURA DE BRITO  
CRM 5418 - PE

KOTE SEGUNDO  
Erica Araujo  
19/09/19





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM

RAIO X - VI PARQUE AMORIM

NºPedido: 7241350

Data 31/05/2017

Pag 1 de 1

Paciente...: 7047907 RENATA ARAUJO CADETE

Nascimento...: 26/08/1977 Sexo: F

CPF.: 2923216431

Endereço...: R JOSE ESPEDITO DE ANDRADE 96 SITIO FRAGOSO OLINDA PE 5300C Tel.: 8524-3185

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: B1523000016004023

Solicitante: Dr(a) KID NELIO SOUZA DE

Exame:

RX CALCANEIO ESQUERDO

!0\`S8"

1357614821

O exame radiológico mostrou:

Espaços articulares mantidos.

Redução da densidade óssea (desuso articular?).

Entesopatia incipiente do tendão de Aquiles na sua inserção calcaneana.

Alterações morfoestruturais (esclerose óssea + remodelação) no 1/3 médio do calcâneo, compatíveis com fratura em processo de consolidação.

Comparar com exames radiológicos prévios.

B

ANDRE AVELINO DE OLIVEIRA SOUZA

CRM 12615 - PE

KOTE SEGURO  
Erica Araujo  
14/06/19

R7944

Impresso por: JOANADS

Em: 05/06/2017 15:11:42





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIO X - HE

NºPedido: 6755691

Data 22/01/2017

Pag 1 de 1

Paciente...: 7047907 RENATA ARAUJO CADETE

Nascimento: 26/08/1977 Sexo: F

CPF.: 2923216431

Endereco...: R JOSE ESPEDITO DE ANDRADE 96 SITIO FRAGOSO OLINDA PE 53000

Convenio...: HAPVIDA

Tel.: 8524-3185

Matricula...: B1523000016004023

Solicitante: Dr(a) RAPHAEL BURLAMAQUI

Exame:

RX PE OU PODODACTILOS

!/?ÇÜ8

1228949821

RELATÓRIO:

- Há fratura de calcâneo.
- Ante-pé normal.

GILBERTO MOURA DE BRITO  
CRM 5418 - PE

KOTE SEGUNDO  
Erica Araujo  
19/01/19





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM

RAIO X - HE

NºPedido: 6755691

Data 22/01/2017

Pag 1 de 1

Paciente...: 7047907 RENATA ARAUJO CADETE

Nascimento...: 26/08/1977 Sexo: F

CPF.: 2923216431

Endereco...: R JOSE ESPEDITO DE ANDRADE 96 SITIO FRAGOSO OLINDA PE 53000

Convenio...: HAPVIDA

Tel.: 8524-3185

Matricula...: B1523000016004023

Solicitante: Dr(a) RAPHAEL BURLAMAQUI

Exame:

RX PERNA (MEMBROS INFERIORES)

!/?ÇÜ:!

1228949823

#### RELATÓRIO:

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações radiológicas.
- Relações articulares normais.

GILBERTO MOURA DE BRITO  
CRM 5418 - PE

KOTE SEGUROS  
Fica Arquivada  
19/01/19







## DECLARAÇÃO MÉDICA

PACIENTE RENATA ARAUJO CADETE, 39 ANOS, ESTÁ EM FASE FINAL DE REABILITAÇÃO COM FISIOTERAPIA, APÓS TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DE CALCANEIO ESQUERDO DEVIDO A TRAUMA HÁ CERCA DE 04 MESES.

CID10 = S920

RECIFE, 17/05/2017

MÉDICO


RUA DO ESPINHEIRO, 164  
RECIFE-PE

KOTE SEGUR  
Erica Araújo  
19/05/17



LAUDO

A paciente Renata Araújo Cadete apresentou fratura de calcâneo esquerdo há cinco meses, após queda de aproximadamente 1 metro, tratada conservadoramente;  
No momento ainda com dificuldade de deambulação, com dor e edema em calcâneo. Realizando fisioterapia motora;  
Devido dificuldade de deambulação e edema local, limitada para desempenhar atividades laborativas. Recomendo manter afastamento por mais sessenta (60) dias, quando será reavaliada após fisioterapia.  
CID: S92.0

  
ARTHUR LOCATELLI CRM 17862-PE

RECIFE, 05/06/17

KOTE SEGURO  
Erica Araújo  
19/09/19



HOSPITAL OSCAR COUTINHO  
IMIP  
GRUPO ORTOPEDIA

PACIENTE: Renata Araújo Cadete

REGISTRO: 4031119

LEITO: J01

ADMIÇÃO: 17/08/2018

ALERGIAS: NEGA

DATA DA CIRURGIA: 17/08/2018

DATA DA ALTA: 18/08/2018

DIAGNÓSTICO: DEFORMIDADE ADQUIRIDA NO PÉ ESQUERDO

PROCEDIMENTO REALIZADO: TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE ADQUIRIDA NO PÉ ESQUERDO

CIRURGIÃO: Dr. Marcelo Torres

RESUMO DE INTERNAÇÃO:

PACIENTE INTERNADA PARA SER SUBMETIDA A PROCEDIMENTO CIRURGICO. PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIAS. PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTAVEL, SEM QUEIXAS E SEM ALTERAÇÕES NA ENFERMARIA. PACIENTE SEGUE DE ALTA HOSPITALAR PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

ORIENTAÇÕES:

- 1) RETORNAR AO AMBULATORIO DE DR MARCELO TORRES NO DIA 27/08/2018 ÀS 06 HORAS DAMNÃ NO PREDIO DOS AMBULATORIOS NO 5º ANDAR
- 2) MANTER TALA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ATE RETORNO
- 3) PRIORIZAR REPOUSO COM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ELEVADO
- 4) CARGA ZERO COM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ( NÃO PISAR )
- 5) TOMAR MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRITO
- 6) SEGUIR ORIENTAÇÕES MEDICAS

18/082018

Dr. Marcelo Torres  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 26.446

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
NASCIMA



HOSPITAL OSCAR COUTINHO  
IMIP  
GRUPO ORTOPEDIA

2º Aula ouve

PACIENTE: Renata Araujo Codato  
REGISTRO: 4031119  
LEITO: 301  
ADMISSÃO: 17/08/18  
ALERGIAS: NENHUMA

RECEITUARIO

1) CEFALLEXINA 500 MG 43.00/-----40 CP  
TOMAR 01 CP VO DE 6/6 H POR 10 DIAS

2) DIPIRONA 500 MG-----01 CX  
TOMAR 02 CP VO 6/6 H SE DOR

3) TRAMADOL 50 MG-----01 CX  
TOMAR 01 CP VO 8/8 H SE DOR

4) XARELTO 10 MG-----30 CP  
TOMAR 01 CP VO POR 30 DIAS

18/08/2018

Dr. Igor Alcenor  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 126.446

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
Mica 119





# PREVIMAGEM

EXAMES DE IMAGEM E MEDICINA ESTÉTICA

PAULISTA, 19 de outubro de 2018

PACIENTE: RENATA ARAUJO CADETE  
(AT:594217 / PAC: 1623415)

RG: 5395791

## RADIOGRAFIA DIGITAL DO CALCÂNEO ESQUERDO

Fixação cirúrgica do calcâneo.

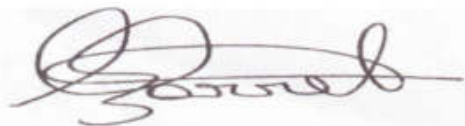
Controle.

PREVIMAGEM AGORA TEM TRATAMENTOS DE MEDICINA ESTÉTICA: MARQUE SUA AVALIAÇÃO.

" Exame enviado por e-mail, por solicitação do paciente. "

Mantenha as imagens em lugares secos e arejados, longe do sol.

jc



DR(ª):ANA PATRICIA FARIAS PAIS BARRETO  
CRM:10626

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
19/10/19





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0327704/19  
**Vítima:** RENATA ARAUJO CADETE  
**CPF:** 029.232.164-31  
**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 22/01/2017  
**CPF de:** Próprio  
**Titular do CPF:** RENATA ARAUJO CADETE

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### RENATA ARAUJO CADETE : 029.232.164-31

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/09/2019  
Nome: RENATA ARAUJO CADETE  
CPF: 029.232.164-31

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2019  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

RENATA ARAUJO CADETE

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190544867 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENATA ARAUJO CADETE **Data do acidente:** 22/01/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 27/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA CALCÂNEO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 23/25.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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

