
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

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.

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: 029.232.164.31 4 - Nome completo da vítima: 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: RENATO ARAUJO CADETE 6 - CPF: 029.232.164.31
7 - Profissão: Adv. Administrativo 8 - Endereço: Rua Jose Expedito de Andrade 9 - Número: 96 10 - Complemento: 4
11 - Bairro: F. Pafuso 12 - Cidade: ROLIM DA MATRIZ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53402-635
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 081-987757014

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\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 0944 CONTA: 00034239 9

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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) ☐ 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 herdeiros (valores)? ☐ 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 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:

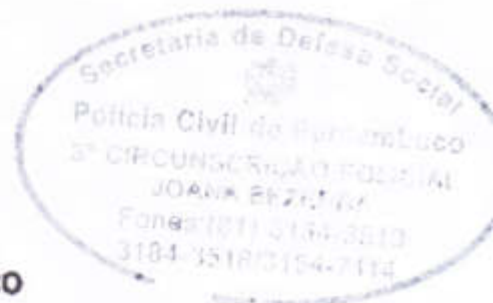
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rolim da Matriz, 13 Setembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
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: **28/8/1977** 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**

Residência: **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
19/09/19

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE AO DESCEM DO ÔNIBUS DA EMPRESA CONORTE EM UMA PARADA DEFRENTE AO ATACADÃO NA BR 101 EM CRUZ DE REBOUÇAS/IGARASSU 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.

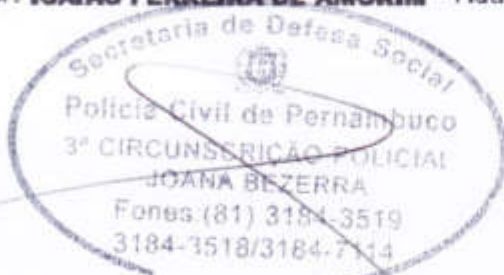
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

RENATA ARAUJO CADERTE

(VÍTIMA)

Renata A. Cadete

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



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
19/09/19

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: 029.232.164.31 4 - Nome completo da vítima: 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: RENATO ARAUJO CADETE 6 - CPF: 029.232.164.31
7 - Profissão: Adv. Administrativo 8 - Endereço: Rua Jose Expedito de Andrade 9 - Número: 96 10 - Complemento: 4
11 - Bairro: F. Passos 12 - Cidade: ROLIM DA MATRIZ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53402-635
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 081-987757014

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\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 0944 CONTA: 00034239 9

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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) ☐ 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 herdeiros (valores)? ☐ 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 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: Rolim da Matriz, 13 Setembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 Sr^a. **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
19/01/19

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 ÔNIBUS 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 CADETO

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

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>DELÍSTIA</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: Delísta 13 Setembro. 2019

Assinatura do Declarante: Renata J. Cadeti



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



001314



RENATA ARAUJO CADETE
JOSE EXPEDITO DE ANDRADE 96 CASA
FRAGOSO
PAULISTA - PE
53402.625



5013196987404310000000214030270219

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]

NP: 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 HOSPITAL Getúlio Vargas		NOME DA UNIDADE:	
		HOSPITAL GETÚLIO VARGAS	
		CGC Nº:	
		10.572.048/0005-51	
LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH		(03 vias)	
CARTÃO SUS:		SENHA:	
NOME DO PACIENTE:			
DATA DE NASCIMENTO: 24/04/1978 GÊNERO: masculino Nº DO REGISTRO:			
NOME DA MÃE:			
ENDEREÇO:			
Nº:	BLOCO:	APT:	BARRIO:
MUNICÍPIO:			UF: CEP:
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
HISTÓRIA CLÍNICA: Trauma no tórax (E) na jam. c. d. 2017. Fratura de coluna (E) no. vertebrae cervicais. Exatidão de dor. Um pouquinho de dor persiste.			
EXAME FÍSICO:			
PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: dor no tórax por trauma			
PROCEDIMENTO SOLICITADO		CÓDIGO	
Tortura no tórax			
DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE		CARACTER DA INTERNAÇÃO	
Trauma no tórax			
DATA: 24 / 11 / 17		DATA: / /	
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR	
PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS			
AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR			
NOME DA UNIDADE:			
CARIMBO E ASSINATURA DO BOMBA RESPONSÁVEL PELO ENCAMIAMENTO			
DATA DO ENCAMIAMENTO			

Atividade Geral: San. Mar. 10 - Cordão

Rede: 10 - C: 00.000-000

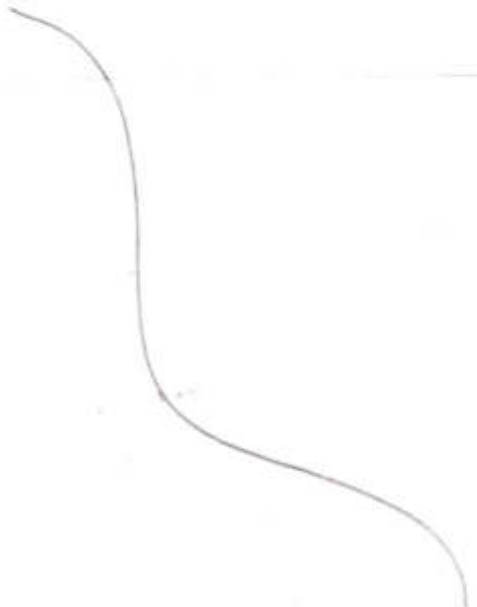
Fone: 000.01.01648000

HEV 1024 V.1 2013

SEGURO

KOTE SEGURO
Erica Araujo
14/09/19

CNS: 899000031440000
Paciente: RENATA ARAUJO CADETE
Nascto: 26/08/1977 Sexo FEMININO Fone: (81) 8524-3185
MÃE: MARIA DO CARMO ARAUJO CADETE
RUA: RUA JOSE EXPEDITO DE ANDRADE Nº: 96 Compl:
Cidade: PAULISTA UF: PE
CEP: 53402635 Dt. Cadastro: 29/11/2017 hs: 11:05 Usuário: REGINALDO S
ACESSOPROD Dt. Impressão: 29/11/2017 11:08

 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas 		RECEITUÁRIO	
NOME COMPLETO: <u>Renata Araújo Cadete</u>			
IDADE:		SEXO: F ☐ M ☐	
<u>Exame interno de</u> <u>maternidade</u>  27/11/17 Marcelo Raul C. Torres Ortopedia e Traumatologia CREMEPE 20.230-1/2015			

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
19/09/19



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/TEOR 15.665

Recife, 31/08/2017

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
19/09/19

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

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

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

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

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

SAME.....: 4031119

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

Sexo.....: F

Dt. Realização.: 08/06/2018

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 fáscia 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
7082

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/08/18

1 - Registro Profissional

3 - Nº da Prontuário

4 - Data de Matrícula

5 - Sexo

6 - Data de Nascimento

7 - Data de Entrada no Serviço

8 - Nome do Paciente

9 - Nome do Paciente

10 - Nome do Paciente

11 - Nome do Paciente

12 - Nome do Paciente

13 - Nome do Paciente

14 - Nome do Paciente

15 - Nome do Paciente

16 - Nome do Paciente

17 - Nome do Paciente

18 - Nome do Paciente

19 - Nome do Paciente

20 - Nome do Paciente

21 - Nome do Paciente

22 - Nome do Paciente

23 - Nome do Paciente

24 - Nome do Paciente

25 - Nome do Paciente

26 - Nome do Paciente

27 - Nome do Paciente

28 - Nome do Paciente

29 - Nome do Paciente

30 - Nome do Paciente

31 - Nome do Paciente

32 - Nome do Paciente

33 - Nome do Paciente

34 - Nome do Paciente

35 - Nome do Paciente

36 - Nome do Paciente

37 - Nome do Paciente

38 - Nome do Paciente

39 - Nome do Paciente

40 - Nome do Paciente

41 - Nome do Paciente

42 - Nome do Paciente

43 - Nome do Paciente

44 - Nome do Paciente

45 - Nome do Paciente

46 - Nome do Paciente

47 - Nome do Paciente

48 - Nome do Paciente

49 - Nome do Paciente

50 - Nome do Paciente

51 - Nome do Paciente

52 - Nome do Paciente

53 - Nome do Paciente

54 - Nome do Paciente

55 - Nome do Paciente

56 - Nome do Paciente

57 - Nome do Paciente

58 - Nome do Paciente

59 - Nome do Paciente

60 - Nome do Paciente

61 - Nome do Paciente

62 - Nome do Paciente

63 - Nome do Paciente

64 - Nome do Paciente

65 - Nome do Paciente

66 - Nome do Paciente

67 - Nome do Paciente

68 - Nome do Paciente

69 - Nome do Paciente

70 - Nome do Paciente

71 - Nome do Paciente

72 - Nome do Paciente

73 - Nome do Paciente

74 - Nome do Paciente

75 - Nome do Paciente

76 - Nome do Paciente

77 - Nome do Paciente

78 - Nome do Paciente

79 - Nome do Paciente

80 - Nome do Paciente

81 - Nome do Paciente

82 - Nome do Paciente

83 - Nome do Paciente

84 - Nome do Paciente

85 - Nome do Paciente

86 - Nome do Paciente

87 - Nome do Paciente

88 - Nome do Paciente

89 - Nome do Paciente

90 - Nome do Paciente

91 - Nome do Paciente

92 - Nome do Paciente

93 - Nome do Paciente

94 - Nome do Paciente

95 - Nome do Paciente

96 - Nome do Paciente

97 - Nome do Paciente

98 - Nome do Paciente

99 - Nome do Paciente

100 - Nome do Paciente

101 - Nome do Paciente

102 - Nome do Paciente

103 - Nome do Paciente

104 - Nome do Paciente

105 - Nome do Paciente

106 - Nome do Paciente

107 - Nome do Paciente

108 - Nome do Paciente

109 - Nome do Paciente

110 - Nome do Paciente

111 - Nome do Paciente

112 - Nome do Paciente

113 - Nome do Paciente

114 - Nome do Paciente

115 - Nome do Paciente

116 - Nome do Paciente

117 - Nome do Paciente

118 - Nome do Paciente

119 - Nome do Paciente

120 - Nome do Paciente

121 - Nome do Paciente

122 - Nome do Paciente

123 - Nome do Paciente

124 - Nome do Paciente

125 - Nome do Paciente

126 - Nome do Paciente

127 - Nome do Paciente

128 - Nome do Paciente

129 - Nome do Paciente

130 - Nome do Paciente

131 - Nome do Paciente

132 - Nome do Paciente

133 - Nome do Paciente

134 - Nome do Paciente

135 - Nome do Paciente

136 - Nome do Paciente

137 - Nome do Paciente

138 - Nome do Paciente

139 - Nome do Paciente

140 - Nome do Paciente

141 - Nome do Paciente

142 - Nome do Paciente

143 - Nome do Paciente

144 - Nome do Paciente

145 - Nome do Paciente

146 - Nome do Paciente

147 - Nome do Paciente

148 - Nome do Paciente

149 - Nome do Paciente

150 - Nome do Paciente

151 - Nome do Paciente

152 - Nome do Paciente

153 - Nome do Paciente

154 - Nome do Paciente

155 - Nome do Paciente

156 - Nome do Paciente

157 - Nome do Paciente

158 - Nome do Paciente

159 - Nome do Paciente

160 - Nome do Paciente

161 - Nome do Paciente

162 - Nome do Paciente

163 - Nome do Paciente

KOTE SEGURO
Erica Araujo
Mafalda

1 - Rua principal 29312104 3 - Nº Guia Principal 29312104 4 - Data da Autorização 5 - Sanidade 6 - Data de Validade da Sentença 7 - Data de Emissão da Guia

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - Nome da Carteira
B152300016004

9 - Plano
NOSSO PLANO XII - 700370996

10 - Validade da Carteira

11 - Nome

RENATA ARAUJO CADETE

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF

14 - Nome do Contratado

16 - Nome do Profissional Solicitante
KID NELIO SOUZA DE MELO

17 - Conselho Profissional
CRM

18 - Número no Conselho
19413

19 - UF
PE

20 - Código CBO S

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - Data/Hora da Solicitação
20/03/2017 11:48

22 - Caracter da Solicitação
E - Eletiva U - Urgência/Emergência

24 - Indicação Clínica
TC(24/01/17) = FRATURA MULTIFRAGMENTAR DE CALCANEÓ ESQUERDO, COM RELAÇÕES ARTICULARES

23 - CID 10

25 - Tabela 26 - Código do Procedimento
1 1992 32040113

27 - Descrição
CALCANEO

28 - Qtd Solic.

29 - Qtd Autor.

30 - Pre-Senha
P23384308

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - Código na Operadora/CNPJ/CPF

31 - Nome do Contratado

32 - T. Log.

33-34-35- Logradouro - Número - Complemento

36 - Município

37 - UF

38 - Cód. IBGE

39 - CEP

40 - Código CNEC

41 - Nome do Profissional Executante/Complementar

42 - Conselho Profissional

43 - Número no Conselho

44 - UF

45 - Código CBO S

46 - Grau de Participação

DADOS DO ATENDIMENTO

45 - Tipo de Atendimento
01 - Hemodinâmico 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva

47 - Indicação de Atendimento
01 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

48 - Tipo de Saída
1 - Retorno 2 - Relato SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito

CONSULTA REFERÊNCIA

49 - Tipo de Doença

50 - Tempo de Doença
2 M A - Anos M - Meses D - Dias

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

51 - Data

52 - Hora Inicial

53 - Hora Final

54 - Tab

55 - Código do Procedimento

56 - Qtd

57 - Dia

58 - Val

59 - Tec

60 - %Red / Acrescento

61 - Valor Unitário - R\$

62 - Valor Total - R\$

63 - Data e Assinatura do Procedimento em Série

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

64 - Observação

AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU ATENDIMENTO.

Assinatura do Usuário / Representante

65 - Total Procedimentos - R\$

66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$

67 - Total Materiais - R\$

68 - Total Medicamentos - R\$

69 - Total Diárias - R\$

70 - Total Gases Medicinais - R\$

71 - Total Geral da Guia - R\$

86 - Data e Assinatura do Solicitante

87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Data e Assinatura do Prestador Executor

20/03/2017

NOSSO PLANO XII - 700370996

Chave de Acesso: 155

155

155

155

155

155

155

155

155

155

155

155

155

155

155

155

155

155

155

155

155

155

155

155

155

155

155

155

155

155



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
CREMEP 13413 TEND 14521

Assinatura do Médico

KIDNELIO
Autenticação: BYGLX1708R9E4

23/01/2017 11:58

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
19/09/19



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. 4, 25/01/17

Local e Data

Kid Nêlio Souza de Melo
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 14313 TEOT 14521

Assinatura do Médico

KIDNELIO
Autenticação: BVKQZ17O8R9E4

25/01/2017 16:10

KOTE SEGURO -
Erica Araujo
19/01/19



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 DO CARVALHO MDC
Ortopedia e Traumatologia
CREMER 117177-14871

Assinatura do Médico

KIDNELIO
Autenticação: BSGLV27O8R9E4

21/02/2017 11:32

KOTE SEGURO
Erica Araujo
Micaela

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT									
2- Nº 21369488									
1 - Registro ANS		3 - Nº Guia Principal		4 - Data da Autorização		5 - Serviço		6 - Data de Validade da Guia	
ANS nº 36825-3									
DADOS DO BENEFICIÁRIO									
8 - Número da Carteira		9 - Plano		10 - Validade da Carteira		11 - Nome		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE									
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		14 - Nome do Contratado		17 - Conselho Profissional		18 - Número no Conselho		19 - UF	
DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS									
21 - Data/Hora da Solicitação		22 - Caracter da Solicitação		23 - CID 10		24 - Indicação Clínica		25 - Código CNES	
23/03/19		E - Eletiva		U - Urgência / Emergência		Fx do Calcâneo e Antigo			
25 - Tabela		26 - Código do Procedimento		27 - Descrição		28 - Qtd Solic.		29 - Qtd Autor.	
1 -									
2 -									
3 -									
4 -									
5 -									
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE									
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		31 - Nome do Contratado		32 - Tlog		33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento		36 - Município	
40a - Código na Operadora / CNPJ / CPF do Exec. Complementar		41 - Nome do Profissional Executante / Complementar		42 - Conselho Profissional		43 - Número no Conselho		44 - UF	
DADOS DO ATENDIMENTO									
46 - Tipo de Atendimento		47 - Indicação de Acidente		48 - Tipo de Saída		49 - Tipo de Doença		50 - Grau de Participação	
01 - Remissão		02 - Pequena Cirurgia		03 - Consulta		04 - Exame		05 - Atendimento Domiciliar	
06 - SADT Internado		07 - SADT Internado		08 - Quimioterapia		09 - Radioterapia		10 - TRS: Terapia Renal Substitutiva	
CONSULTA REFERÊNCIA		50 - Tempo de Doença		51 - Hora Inicial		52 - Hora Final		53 - Hora Inicial	
A - Aguda		C - Crônica		A - Anos		M - Meses		D - Dias	
PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS									
51 - Data		52 - Hora Inicial		53 - Hora Final		54 - Tab		55 - Código do Procedimento	
1 -									
2 -									
3 -									
4 -									
5 -									
63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série									
1 -		3 -		5 -		7 -		9 -	
2 -		4 -		6 -		8 -		10 -	
64 - Observação									
65 - Total Procedimentos - R\$		66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$		67 - Total Materiais - R\$		68 - Total Medicamentos - R\$		69 - Total Diárias - R\$	
70 - Total Clases Medicinas - R\$		71 - Total Geral da Guia - R\$							

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

ANAMNESE

Queixa Principal FRATURA DE CALCANEIO CIRURGICA [1]
 CID10 S920 FRAT DO CALCANEIO [1]

DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica
 CID10 S920 FRAT DO CALCANEIO [1]

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Paciente...: 7047907 RENATA ARAUJO CADETE Sexo: F
Nascimento.: 26/08/1977 CPF.: 2923216431
Endereço...: R JOSE ESPEDITO DE ANDRADE 96 SITIO 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 SEGUROS
Erica Araujo
19/1/2017

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 CALCANEAO ESQUERDO

!/M3.."

1242161111

RELATÓRIO:

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



ADRIANA BARBALHO FERRAZ FRANCO
CRM 12061 - PE

KOTE SEGURO
Erica Araujo
19/02/17

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 CALCANEO

! / X <) . "

1253250611

RELATÓRIO:

- Fratura do calcâneo em consolidação

GILBERTO MOURA DE BRITO
CRM 5418 - PE

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/03/19

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 CALCANEAO

!OMAA

1342939311

RELATÓRIO:

- Fratura em consolidação no calcâneo.



GILBERTO MOURA DE BRITO
CRM 5418 - PE

KOTE SEGURO
Erica Araujo
19/09/19

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 Tel.: 8524-3185

Convenio...: HAPVIDA

Matrícula...: 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.



ANDRE AVELINO DE OLIVEIRA SOUZA
CRM 12615 - PE

KOTE SEGURO
Erica Araujo
14/06/19

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 SEGUNDA
Erica Araujo
19/01/19

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) 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
Frica Araújo
14/01/19



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 SEGUROS
Erica Araujo
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
Ortopedia e Traumatologia
R. PE 1142-1143

ARTHUR LOCATELLI CRM 17862-PE

RECIFE, 05/06/17

KOTE SEGURO
Erica Araújo
19/06/17

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 DAMNHA 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. Igor A. Licenot
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 26.446

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
Nikoma

HOSPITAL OSCAR COUTINHO
IMIP
GRUPO ORTOPEDIA

2º Andar oux

PACIENTE: Renata Araujo Codete
REGISTRO: 4031112
LEITO: 301
ADMIÇÃO: 17/08/18
ALERGIAS: NKA

RECEITUARIO

1) CEFALEXINA 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

Dr. Igor Azenor
Ortopedia / Traumatologia
CRM 46.846

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
11/09/19

18/08/2018

ank

PREVIMAGEM

EXAMES DE IMAGEM E MEDICINA ESTÉTICA

PAULISTA, 19 de outubro de 2018

PACIENTE: RENATA ARAUJO CADETE

RG: 5395791

(AT:594217 / PAC: 1623415)

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

E-01




Renata J. Cavete

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 5.395.791 DATA DE EMISSÃO 26/04/2017

<< RENATA ARAUJO CADETE >>

<< SEVERINO CADETE >>

<< MARIA DO CARMO ARAUJO CADETE >>

RIO DE JANEIRO - RJ DATA DE NASCIMENTO 26/08/1977

<< CN.1.249.844.3.F.246V.CART.120CIRC.RIO DE JANEIRO-RJ-05.02.2001 >>

029.232.164-31

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

76 173 690 - 3032

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 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

RENATA ARAUJO CADETE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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