



Número: **0034667-77.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **31/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RINALDO DELGADO SIQUEIRA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72060259	04/12/2020 11:17	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 02 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200234356

Vítima: RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RINALDO DELGADO SIQUEIRA

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 15909015





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 06 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200234356

Vítima: RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 0114101142 - carta_02 - INVALIDEZ

00030571



Carta nº 15920060





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 14 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200234356

Vítima: RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01381/01382 - carta_05 - INVALIDEZ

00030691



Carta nº 15939757



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRALIS 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):

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: ☐ RECUZO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: Agência: Conta: Agência: Conta:

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 UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascença)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário nº 02/2019

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, Recife 17 de junho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0114006807**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/08/2019** às **11:49**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **7/6/2019** no período da **Tarde**

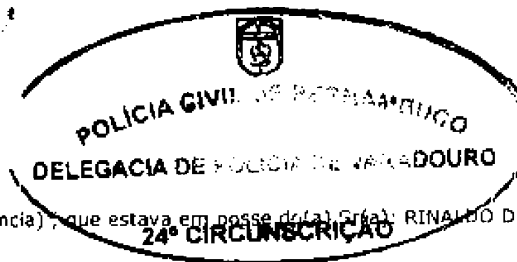
Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PROFESSOR ANDRADE BEZERRA, 1 - Bairro: SALGADINHO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CENTRO DE CONVENCOES**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO IDENTIFICADO (AUTOR/AGENTE)
RINALDO DELGADO SIQUEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): RINALDO DELGADO SIQUEIRA



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

RINALDO DELGADO SIQUEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUCINEIDE HOLANDA DELGADO Data de Nascimento: **25/7/1981** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5818336/SDS/PE (RG), 05689312460 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** telefones Celulares: **- 86682459**

Endereço Residencial: **RUA DA FABRICA DE VELAS, 90, A - CEP: 55000-000 - Bairro: SALGADINHO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RINALDO DELGADO SIQUEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RINALDO DELGADO SIQUEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCC7205** (PERNAMBUCO/OLINDA)
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustivo: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação



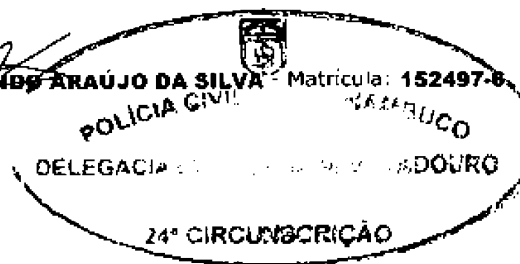
O NOTICIANTE VEIO REGISTRAR O ACIDENTE DE TRANSITO AO QUAL FORA VITIMA QUANDO NA DATA E LOCAL ACIMA CONDUZIA MOTOCICLETA QUALIFICADA NESTE DOCUMENTO QUE COLIDIU CONTRA UM AUTOMOVEI DE PLACA E CONDUTOR NAO IDENTIFICADOS FAZENDO-O PERDER O EQUILIBRIO E CAIR COM A MOTO NA PISTA DE ROLAMENTO DA VIA SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL ESPERANCA DE OLINDA .

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

Rinaldo Delgado Siqueira

RINALDO DELGADO SIQUEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MAURÍCIO FERNANDES ARAÚJO DA SILVA** - Matrícula: 152497-8



06/08/2019 11:39





SO: 108.015.153 03/02/2020 053614

DESTINATÁRIO



CTC RECIFE PE PLZ
RINALDO DELGADO SIQUEIRA
R DA FABRICA DE VELAS 90 A C
53110-590 OLINDA PE



72132996397173700000536143001220



2020013110801335701

PARA USO DO CORREIO

☐ Multa no	☐ Não preenchido
☐ Endereço insuficiente	☐ Ausente
☐ Não existe o número indicado	☐ Faltando
☐ Desconhecido	☐ Informação enviada pela
☐ Recusado	particular/clínica
☐ Integridade no envio posta em	Visto da Responsável

REMETENTE - DI-VOUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO

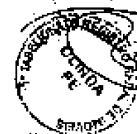
SSA
AV. DOUTOR HENRIQUE JOSÉ REALI, 360
13571-385 SÃO CARLOS - SP



Autenticado e presente copia que é a reprodução fiel do original que me foi exibido em 03/02/2020 às 08:26:04. Em atendimento ao art. 317, inciso II, do Código de Defesa do Consumidor, informo que a autenticidade do documento é garantida pelo sistema de segurança eletrônica do Correios. Para mais informações, consulte o site www.correios.com.br.

CARLOS MARINHO
Diretor Administrativo

R. Cel. Henrique Guimarães, 17 Bairro Novo Olinda, PE
CEP: 53010-000 - Fone: 51 3013.7800 - Fax: 51 3011.7601
email: carlosmarinho@correios.com.br



21.01.20



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 01.07.2019.
EM: 04.07.2019.

Atendendo ao requerimento do Sr., **RINALDO DELGADO SIQUEIRA**, RG Nº **5.818.336** – SDS – PE, CPF Nº **056.893.124-60**, declaramos que baseado na ficha de **Ocorrência Nº S – 638172** do dia **07 de junho de 2019**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Paulista, por volta das 15hs e 08min, vítima de colisão envolvendo automóvel x motocicleta, na Av. professor Andrade Bezerra, S/N, Salgadinho – Olinda, nas proximidades do Centro de Convenções, sendo em seguida removido para o hospital Esperança Olinda.



Carlos Augusto Sampaio
Coordenador
SAMU-Paulista



HOSPITAL ESPERANÇA OLINDA

LAUDO/DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

PACIENTE: RINALDO DELGADO SIQUEIRA

DATA: 10/06/2019 CONVÊNIO: AMIL

CIRURGIÃO: DR. DANIEL BARRETO

2º AUXILIAR: DR. LUCAS MEDEIROS

ANESTESISTA: MIRELA TAVARES

INSTRUMENTADOR: LIDIANE ROCHA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIR

LEITO: 321 B

1º AUXILIAR: Dr. GEORGE KENEDY

3º AUXILIAR:

TIPO DE ANESTESIA: RAQUEANESTESIA

CIRURGIA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIR + ARTROTOMIA DO JOELHO DIR +
RADIOSCOPIA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

O MESMO

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA:

EXAME RADIOLÓGICO: SIM

ACIDENTE DURANTE A CIRURGIA: NAO

RINALDO DELGADO SIQUEIRA
Data: 25/07/1981 - 372104166
Reg: 1797086 - Pront: 000308443
AMIL/723 AMIL 20
Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11
Matricula: 002200386
Leito: 321B
1797086

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DO L E COM BLOQUEIO DO PLEXO
- 2- ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MID
- 3- INCISAO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO DIR
- 4- ARTROTOMIA DO JOELHO DIR + PASSAGEM DE FIO GUIA ROSQUEADO + CONTROLE COM ESCOPIA
- 5- INICIALIZADOR + PASSAGEM DE FIO GUIA OLIVADO + PRESAGEM DO CANAL N 10,5
- 6- PASSAGEM DE HASTE INTRAMEDULAR DA TIBIA DIR 10X340 + BLOQUEIO DISTAL DUPLO E PROXIMAL DUPLO + PARAFUSO TAMPÃO
- 7- CONTROLE COM ESCOPIA
- 8- LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF
- 9- SUTURA POR PLANOS
- 10- CURATIVO TIPO JONES

Dr. Daniel Barreto
Cirurgião



HOSPITAL ESPERANÇA OLINDA

LAUDO/DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

PACIENTE: RINALDO DELGADO SIQUEIRA

DATA: 10/06/2019 CONVÊNIO: AMIL

CIRURGIÃO: DR. DANIEL BARRETO

2º AUXILIAR: DR. LUCAS MEDEIROS

ANESTESISTA: MIRELA TAVARES

INSTRUMENTADOR: LIDIANE ROCHA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIR

LEITO: 321 B

1º AUXILIAR: Dr. GEORGE KENEIY

3º AUXILIAR:

TIPO DE ANESTESIA: RAQUEANESTESIA

CIRURGIA:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIR + ARTROTOMIA DO JOELHO DIR +
RADIOSCOPIA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

O MESMO

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA:

EXAME RADIOLÓGICO: SIM

ACIDENTE DURANTE A CIRURGIA: NAO

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Nasc: 25/07/1981 - 37,10m160

Rg: 1797886 - Print: 000308443

AMIL/723 AMIL 20

Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11

Matrícula: 882288364

Leito: 321B

1797886

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1 - PACIENTE EM DECUBITO DORSAL E COM BLOQUEIO DO PLEXO
- 2 - ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MJO
- 3 - INCISAO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO DIR
- 4 - ARTROTOMIA DO JOELHO DIR + PASSAGEM DE FIO GUIA ROSQUEADO + CONTROLE COM ESCOPIA
- 5 - INICIALIZADOR + PASSAGEM DE FIO GUIA OLIVADO + FRESAGEM DO CANAL N 10 5
- 6 - PASSAGEM DE HASTE INTRAMEDULAR DA TIBIA DIR 10X340 + BLOQUEIO DISTAL DUPLO E PROXIMAL DUPLO + PARAFUSO TAMPÃO
- 7 - CONTROLE COM ESCOPIA
- 8 - LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF
- 9 - SUTURA POR PLANOS
- 10 - CURATIVO TIPO JONES

Dr. Daniel Barreto
Cirurgião



REDE D'OR SÃO LUIZ S.A.

AVENIDA DOUTOR JOSE AUGUSTO MOREIRA, 265 - OLINDA - PE - C.N.P.J. 06047087001291

REGISTRO DE ENTRADA DE PACIENTE

Paciente: RINALDO DELGADO SIQUEIRA
Assinado: 11797086
Assinado: 25/07/2019 19 anos
Endereço: RUA DA FABRICA DE VELAS Nº 3198
Cidade: SALGADINHO Estado: PE
CEP: 53110590 Telefone: 81986662459 Celular: 81987358313
Profissão: OPERADOR DE MAQUIL Est.Civil: Solteiro Sexo: Masculino
Atual de: RECIFE CPF: 05689312460 Id.: 5816336 SDB

Responsável: MARIA ELISANGELA SILVA DE ANDRADE
Endereço: RUA DA FABRICA DE VELAS
Cidade: SALGADINHO UF: PE CEP: 53110590
Telefone: 811985449101
Profissão: TÉCNICA DE ENFERMAGEM
Atual de: RECIFE CPF: 038.906.444-06

Admissão: 002/SS AMIL/723 AMIL 200 GR.MUNICIPAL QG
Número: 882200364
Data: 201900273362 Guia: 43016132 Validade: 08/06/2019
Acomodação:
[] Sim [] Não [] Enf [] Apto [] Suite

Admissão: 07/06/2019, 21:11h Previsão de Alta: 08/06/2019, 10:00h
Número: 019433 DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE Clínica: ORTOPEDIA
Especialidade: CIRURGICO
Observação: 1 DIA DE ENFERMAGEM COM ACOMP + 3 REFEIÇÕES/NAO LIBERAR DESPESAS EXTRAS// HD FRATURA OSSOS PERNA DIREITA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

I - A REDE D'OR SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, os médicos do corpo e respectiva equipe estão autorizados a prestar todas as providências necessárias à preservação da minha saúde e vida, inclusive, mas não somente, transfusão de sangue, massagens, transfusão, punção, intervenção cirúrgica, execução do tratamento proposto, internação em terapia intensiva e realizações de todos os procedimentos necessários ao meu adequado tratamento.

II - Assumo total responsabilidade pelo pagamento dos custos advindos do tratamento a que for submetido(a) pela REDE D'OR SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, estando ciente de que estão incluídas nesta autorização, todas as despesas resultantes de exames e consumo de material e de medicamentos utilizados nos cuidados médicos-hospitalares que se fizerem necessários ao meu integral tratamento, inclusive materiais especiais, além de consumo de frigorífico e despesas com acompanhante, caso não autorizadas pelo plano / contrato / convênio de saúde.

III - Serão de minha responsabilidade todas as despesas oriundas de eventuais danos materiais causados nas dependências da REDE D'OR SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, oriundas de meus atos e/ou praticados por meus responsáveis, acompanhantes ou visitas.

IV - Estou ciente e concordo que todos os pagamentos devidos à REDE D'OR SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, em virtude de uma internação e/ou decorrentes, não autorizadas pelo plano / seguro / convênio de saúde, ou nos casos de atendimento particular, devem ser realizadas junto ao hospital, no prazo máximo de até 3 (três) dias úteis após o contato do setor de contas a receber, que poderá ser por telefone, e-mail, telegrama ou qualquer outro meio de comunicação admitido por lei.

V - Comprometo-me a proceder à leitura do "Manual de Normas e Orientações do paciente" que me foi entregue nesta oportunidade responsabilizando-me integralmente pelos danos causados a mim ou a terceiros pela não observância das normas e regras estabelecidas.

VI - Opto livremente por acomodação: da qual assumirei o pagamento da diferença e inclusive aos honorários médicos, de eventuais despesas extras (frigorífico, telefone, refeições etc.) quando estiverem em desacordo com o efetivamente autorizado pelo plano / seguro / convênio de saúde ao qual estou vinculado.

VII - Todas as informações ora fornecidas são verdadeiras, garantindo a autenticidade de todos os dados prestados, responsabilizando-me por todas as declarações falsas ou inexatas que prestar e que vierem a causar prejuízos à REDE D'OR SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda.

VIII - Estou ciente de que na fatura emitida por este hospital não estarão incluídos honorários médicos referente à assistência ou aos exames realizados no período de internação em apartamento e/ou enfermagem, nas unidades de terapia intensiva, no pronto socorro, na emergência e no centro cirúrgico. Devendo o referido pagamento ser realizado diretamente aos médicos responsáveis pelo atendimento (setor clínica médica e pediatria) no atendimento de urgência.

IX - Neste momento recebi uma cópia e possuo pleno conhecimento de todo o presente termo.

Recife, 25 de Julho de 2019

Assinatura do Responsável

REDE D'OR SÃO LUIZ S.A.

Nome Legível

Admissão: AL SILVA Alta: ___/___/___ Hora: ___:___ Motivo: _____

Data Entrada: _____

Data Hora da impressão: 25/07/2019-10:00





EVOLUÇÕES CLÍNICAS

RINALDO CELGADO SIQUEIRA

Nasc 25/07/1981 - 37,510m3d

Reg: 1797008 - Print: 000308443
 CMU: 1732 CMU: 20

Enviada: 07/06/2019 - Hora: 21:11

Matricola: 682200364

UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE

DATE: 11/13/1964

1797086 2211

Paciente:

Leito:

Leito: B-4A

3215

[illegible]



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
08.06.19	# Enfermagem
12:53	Paciente evolui em TCE, Consciente, orientado, acinético, anistiético, apnéico, troque, expulso em 02 minutos. Dado por VO! MID com emalgarado. Alvo e USE em PT. 11/06, sem sinais de lesões. Apresentando sinais vitais estáveis, lab. minoração psicológica espontânea. Siga os ciclos da equipe. Medição EPR. Avaliar em 02/06. Vaga 55/06. ATN nota de queda.
08/06/19	# CAT
13:31	EPRM Modesto (++++/++++) Pct evolui para Bm p/nto de tpe Sua dar co: Procedimento de Pacem cardiologia

Aline M. A. de Mendonça
COREN-PI: 5578-ENF

08/06/19
13:31
Aline M. A. de Mendonça
COREN-PI: 5578-ENF





ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

SINALELA DELGADO SIQUEIRA

Ass: 25/07/1991 - 37.10.13a

Reg: 1797086 - Pront: 000308443

MIL/723 AMIL 20

Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11

Matricula: 882200364

Leito: 321B

1797086

Paciente:

Raimundo Degen

Leito: 321 - B

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada

Caracena / Amador

Par-qr FEMUR PRIMA (D)

S/OUTRA UNIFORM

PA: 130x80

m unid(1) MT/1A

FC: 75/b

su rca 25 km

NEEN DM (1) MT (1) TBC (1) OUT TBCA / SM (1)

ECG Pim Su y FC 75/b nom

NEEN SUICID

Priso Comum Com F (BAXO)

apso a comica

CORRANCA
HOSPITALAR

Dr. Carlos
Cordeiro

Dr. Carlos
Cordeiro

Dr. Carlos
Cordeiro

09/06/19

09:57

#far

Por evolucao estavel

Por priso dy tp

Eden melhor

co: Inoperavel amoum 07h

Det zero 00:00

Su priso Placard

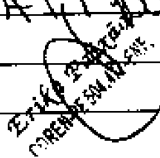
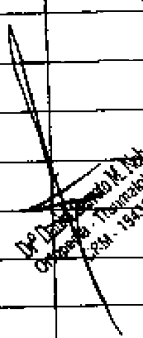
Dr. Carlos
Cordeiro





ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
09/06/19 11:55	# Enfermagem Paciente evolui em PAZ, consciente, orientado, acimotico, assistência normalizada, dispúnea restrita ao leito, ssw estáveis. Com AVP em use com traço para 22/06 com a presença de sinais fisiológicos. Com NTD com imobilização. Ag. cirurgia para 20/06 as 07:00, conforme contato tomado com Dr. Daniel Barreto, sendo aprovado o plano para as 16h de hoje, e suspensão curativo. Dieta por V.O. EFT. Dependentes. Paciente segue com cuidados da equipe. Rx-médica com verificar sudeb/6h comuns anormalidades ATT para queda. 
10/06/19 10/26/19 09:57	# HT Pct submetido a tratamento cirúrgico, sem restrição ao RX Contato SP 



Paciente: Renato Delgado Leito: 321 B

Nome: _____

**Etiqueta
do
paciente**

Data: _____

Hora: _____

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
13:15 10/06/19	# Infusão # Paciente gestante do BC. Evoluindo EG2. Consciente, Orientado, afébril, limpidez, SSVV estáveis, bem MSD mobilizado sem sup em MSE de poucos fls gástricos. Dieta por VO, EF(+) espontâneas Paciente segue aos cuidados da equipe.
11/06/19	Judicar e PM Apresentar SSVV 6 cal Chemical Anestesia des.
10:50	Pct evoluindo sem ^{capta} ^{lost} dor, bom perf. vital, F&S parciais. a: Alt. Hosp. plm euf. brim ATB, AINE, Analgésicos Cep. Paracet Retorno 21 dia Ata te do Retorno se prou Dentro 2000 curto Xonho do dia

[Assinatura]
Dr. Renato Delgado
CRM 113.113-ENF





		Página 1 of 6	
Paciente: RINALDO DELGADO SIQUEIRA		Sexo: Masculino	
Nome da Mãe: LUCINEIDE HOLANDA DELGADO		Data Nasc / Idade: 25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 12 dias	
Registro: 1.197.0085		Matrícula: 882200364	
Prontuário: 000308443		Data da Internação: 07/06/2019	
Med. Soc.: 1.234.27474-PE - GABRIELA FELIX DE SOUZA		Data da Prescrição: 07/06/2019	
ESPERANÇAS		ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA	

Nome do Paciente	Leito	Data Nasc.	Prontuário
DIETAS	Volume	Via	Intervalo
1. DIETA LIVRE	...	ORAL	NUTRIÇÃO
MEDICAMENTOS	Dose	Via	Intervalo
1. NOVALGINA 1G/2ML AMP ...AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 AMPOLA 20 ML	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS
2. 100 tramadon 100mg/2ml amp ...SORO FISIO 0.9% 100ML BOLSA	1 AMPOLA 1 BOLSA	INTRAVENOSA	12 X 12 HORAS
3. ANSETRON 4MG/2ML AMP ...AGUA DESTILADA 10ML AMP - Se necessário Obs SE NAUSEAS OU VÔMITOS	1 AMPOLA 10 ML	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS
4. OMEprazol 40mg FA	1 FR. AMPOLA	INTRAVENOSA	24 X 24HORAS
CUIDADOS	Intervalo	07/06/2019	
1. CUIDADOS GERAIS	...	...	12 X 12 HORAS
2. SINAIS VITAIS	...	...	12 X 12 HORAS

7:29 Maria Umapompa
Cultural Center 23540

Anne Vassès Paris
Comptable
01 42 30 14 10

$$\text{Enf (SD)}$$

Ent (SN):

Test Error (SD).

For Encl. 15A).

Niricaço.

3. **အခြေခံအားဖြင့်**

19

Anders

Demmede X

Data da Prescrição: 07/06/2019 21:45:20

Alérgico	Algs Vigilância	Uso Restrito	Controlado	Antimicrobiano

Paciente:
RINALDO DELGADO SIQUEIRA
 Nome da Mãe: **LUCINEIDE HOLANDA DELGADO**
 Registro: **1797086**
 Médico: **CRM - 19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE**

Sexo: Masculino
Data Nasc. / Idade: 25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 14 dias
Matrícula: 882200364
Data da Prescrição: 09/06/2019

Peso do Paciente: kg
Data da Internação: 07/06/2019
Leito do Paciente: 321B

Convênio e Plano: AMIL/723 AMIL 200 GR MUNICIPIOS OC

INFORMADAVALERIA

Nome do Paciente:	Leito:	Data Nasc.:	Prontuário:
RINALDO DELGADO SIQUEIRA	321B	25/07/1981	882200364
DIETAS	NUTRICAO	Intervalo	Intervalo
1. DIETA LIVRE	***	***	***
2. DIETA ZERO	***	***	***
3. ANSETRON 4MG/2ML AMP	1 AMPOLA 20 ML	INTRA VENOSA	6 X 6 HORAS
4. AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 AMPOLA 10 ML	INTRA VENOSA	6 X 6 HORAS
5. OMEPRAZOL 40mg FA	1 FR AMPOLA	INTRA VENOSA	24 X 24 HORAS
6. CUIDADOS GERAIS	***	***	***
7. SINAIS VITAIS	***	***	***

Ent. (SD): **Ent. (SN):**
Tec. Ent. (SD): **Tec. Ent. (SN):**
Numeração: **Farmácia:**

DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
 CRM - 19433-PE

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2020 11:17:46

[illegible]



Página 2 de 2

Paciente: RINALDO DELGADO SIQUEIRA	Sexo: Masculino	*1797086*
Nome da Mãe: LUCINEIDE HOLANDA DELGADO	Data Nasc. / Idade: 25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 15 dias	Peso do Paciente: 80 kg
Registro: 1797086	Matrícula: 882200364	Data da internação: 07/06/2019
Médico: CRM - 19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE	Data da Prescrição: 10/06/2019	Leito do Paciente: 321B
ALERGIA: NÃO INFORMADA ALERGIA		
Nome do Paciente:	Leito:	Prontuário

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2020 11:17:46

Data da Prescrição: 10/06/2019 09:56:22

Alérgico: Allérgico Vigilância: Uso Restrito: Controlado: Antimicrobiano



Página 1 de 2

Paciente: RINALDO DELGADO SIQUEIRA
Nome de Mãe: LUCINEIDE HOLANDA DELGADO
Registro: 1797086
Médico: CRM - 19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Sexo: Masculino
Data Nasc. / Mãe: 25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 16 dias
Matrícula: 882200364
Data da Prescrição: 11/06/2019

Peso do Paciente: 80 kg
Data da Internação: 07/06/2019
Leito do Paciente: 321B

ESPERANÇA
C L I N I C A

ALERGIAS: NAO INFORMADA ALERGIA

Nome do Paciente:	Leito:	Data Nasc.:	Prontuário:
RINALDO DELGADO SIQUEIRA	321B	25/07/1981	11/06/2019
DIETAS	VOLUME	DIETA	DIETA
1. DIETA LIVRE	***	ORAL	NUTRICAO
2. DIETA BRANDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
3. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
4. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
5. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
6. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
7. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
8. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
9. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
10. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
11. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
12. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
13. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
14. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
15. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
16. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
17. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
18. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
19. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
20. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
21. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
22. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
23. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
24. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
25. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
26. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
27. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
28. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
29. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
30. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
31. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
32. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
33. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
34. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
35. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
36. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
37. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
38. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
39. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
40. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
41. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
42. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
43. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
44. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
45. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
46. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
47. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
48. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
49. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
50. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
51. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
52. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
53. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
54. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
55. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
56. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
57. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
58. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
59. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
60. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
61. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
62. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
63. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
64. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
65. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
66. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
67. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
68. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
69. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
70. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
71. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
72. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
73. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
74. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
75. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
76. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
77. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
78. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
79. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
80. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
81. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
82. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
83. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
84. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
85. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
86. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
87. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
88. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
89. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
90. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
91. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
92. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
93. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
94. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
95. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
96. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
97. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
98. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
99. DIETA SEMI-SOLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS
100. DIETA LIQUIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS

Olinda, 11 de Junho de 2019, 10:54:22

1. CUIDADOS GERAIS

2. SINAIS VITAIS

3. ALTA HOSPITALAR após curativo

Ent. (SD):
Tec. Ent. (SD):

Ent. (SN):
Tec. Ent. (SN):

Data da Prescrição: 11/06/2019 10:54:06

Alérgico Alta Vigilância Uso Restrito Controlado Antimicrobiano



Página 2 de 2

Paciente: RINALDO DELGADO SIQUEIRA Nome da Mãe: LUCINEIDE HOLANDA DELGADO Registro: 1797086 Médico: CRM - 19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE	Sexo: Masculino Data Nasc./Idade: 25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 16 dias Matrícula: 882200364 Data da Prescrição: 11/06/2019	Peso do Paciente: 80 kg Data da Internação: 07/06/2019 Leito do Paciente: 321B
ESPERANÇA C. T. N. U. A	Nome do Paciente DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE CRM - 19433-PE	Leito Data Nasc. Prontuário Família

ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA

Nome do Paciente
DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
CRM - 19433-PE

Nutrição:

Prontuário:

Família:

Dr. Daniel Barreto de Mattos Nobre
CRM - 19433-PE
Especialista em Alergia e Imunologia

Data da Prescrição: 11/06/2019 10:54:06

Alérgico Alta Vigilância Uso Restrito Controlado Antimicrobiano

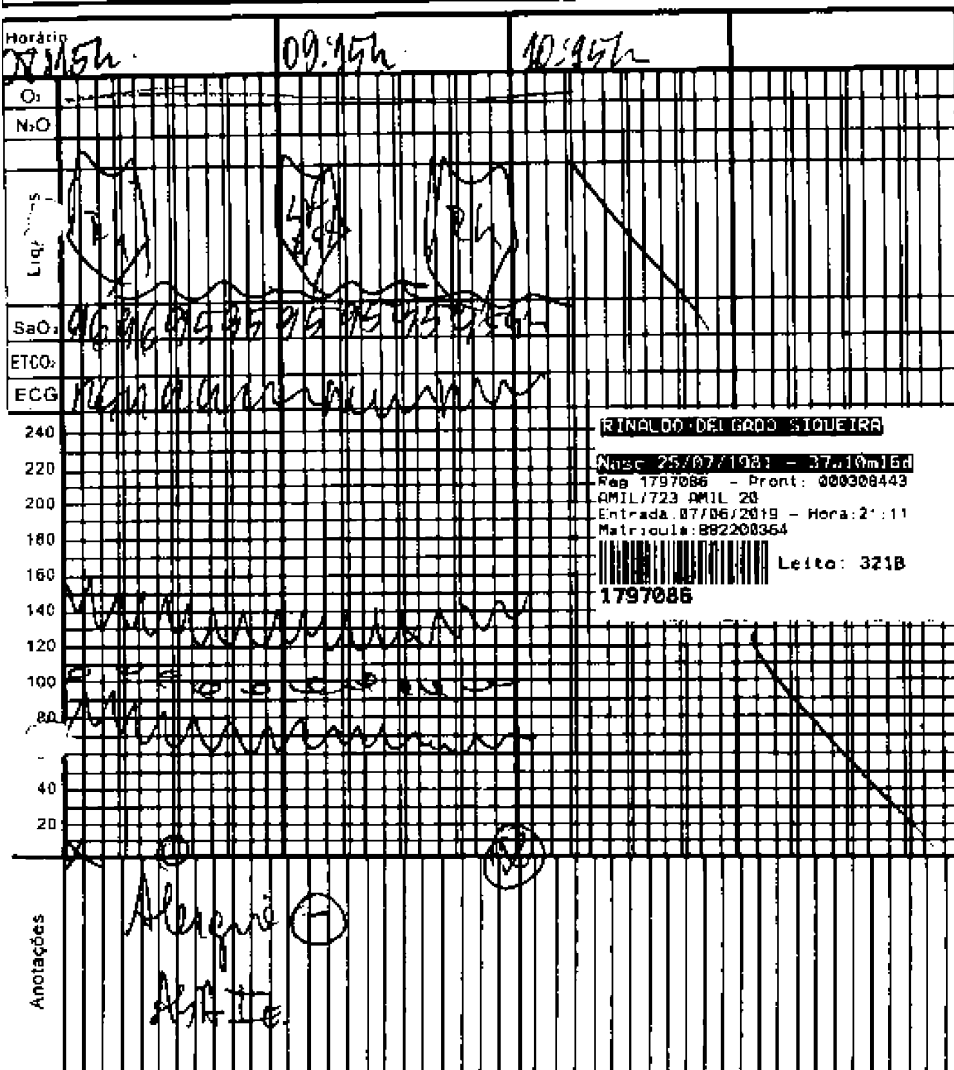


ESPERANÇA

Av. José Augusto Moreira, 810, Casa Caiada, Olinda - PE
Fone: (81) 3432.8000 www.prontolinda.com.br

FICHA DE ANESTESIA

Data: 10.06.19		Hospital: Esperança		Acomodação: 015	
Paciente: 18.001		Sexo: F	Etnia: Brasileira	Idade: 36	Risco: 1
Nome do Anestesiologista: Tamariz		Nome do Cirurgião: Placido Balsemão Jr		Urgência: ☐ NÃO ☒ SIM	
Medicação Pré-anestesia:					
Cirurgia: the cric. free. tibia direita					



RINALDO DEL GROSS SIQUEIRA

Nasc: 25/07/1981 - 37.10m16d
Reg: 1797086 - Pront: 000308443
AMIL/723 AMIL 23
Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11
Matrícula: 882200364



Leito: 321B

1797086

Drogas Usadas	Quantidade
Dumonic 8mg	
Propofol 0,1mg	
Vec 10, 0,5% 10mg	
Chlorhex 2g	
Dexametazona 8mg	
Propofol 2g	
Nauseclon 4mg	
Tenoxicam 20mg	

Técnica Anestésica

Preoxygen + Propofol
periférica. Pele um
falta, punção para
medula, 0,1mg/kg
propofol 26g,
vec 10, 0,5% e furo
semic 10ml intercostal
umbilical

- Monitorização**
- ☒ Cardioscópio
 - ☒ Oxímetro
 - ☒ PNI
 - ☐ Sonda Vesical
 - ☐ Capnógrafo
 - ☐ Elet. Pré-cordial
 - ☐ Outros
- ☐ BIS
- ☐ Temperatura
- ☐ Swan-Ganz
- ☐ Analisador Gases
- ☐ PVC
- ☐ Estimulador de Nervo
- ☐ Linha Arterial
- ☐ Volemia IBP Plus

- Encaminhado**
- ☒ Acordado
 - ☐ Sonoletivo
 - ☐ Intubado
- Destino**
- ☒ SRPA
 - ☐ Apart / Enf.
 - ☐ UTI

Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2020 11:17:46

Assinatura:



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 01.07.2019.
EM: 04.07.2019.

Atendendo ao requerimento do Sr., **RINALDO DELGADO SIQUEIRA**, RG Nº **5.818.336** – SDS – PE, CPF Nº **056.893.124-60**, declaramos que baseado na ficha de **Ocorrência Nº S – 638172** do dia **07 de junho de 2019**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Paulista, por volta das 15hs e 08min, vítima de colisão envolvendo automóvel x motocicleta, na Av. professor Andrade Bezerra, S/N, Salgadinho – Olinda, nas proximidades do Centro de Convenções, sendo em seguida removido para o hospital Esperança Olinda.



Carlos Augusto Sampaio
Coordenador
SAMU-Paulista

Av. Antônio Cabral de Souza, nº 801, Maranguape – Paulista. CEP: 53421-420 Fone: 3372-3962



HOSPITAL ESPERANÇA OLINDA

LAUDO/DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

PACIENTE: RINALDO DELGADO SIQUEIRA

DATA: 10/06/2019 CONVÊNIO: AMIL

CIRURGIÃO: DR. DANIEL BARRETO

2º AUXILIAR: DR. LUCAS MEDEIROS

ANESTESISTA: MIRELA TAVARES

INSTRUMENTADOR: LIDIANE ROCHA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIR

LEITO: 321 B

1º AUXILIAR: Dr. GEORGE KENEDY

3º AUXILIAR:

TIPO DE ANESTESIA: RAQUEANESTESIA

CIRURGIA:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIR + ARTROTOMIA DO JOELHO DIR +
RADIOSCOPIA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

O MESMO

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA:

EXAME RADIOLÓGICO: SIM

ACIDENTE DURANTE A CIRURGIA: NAO

RINALDO DELGADO SIQUEIRA
Data: 25/07/1981 - 372104166
Reg: 1797086 - Pront: 000308443
AMIL/723 AMIL 20
Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11
Matrícula: 002200386
Leito: 321B
1797086

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DO L E COM BLOQUEIO DO PLEXO
- 2- ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MID
- 3- INCISAO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO DIR
- 4- ARTROTOMIA DO JOELHO DIR + PASSAGEM DE FIO GUIA ROSQUEADO + CONTROLE COM ESCOPIA
- 5- INICIALIZADOR + PASSAGEM DE FIO GUIA OLIVADO + PRESAGEM DO CANAL N 10,5
- 6- PASSAGEM DE HASTE INTRAMEDULAR DA TIBIA DIR 10X340 + BLOQUEIO DISTAL DUPLO E PROXIMAL DUPLO + PARAFUSO TAMPÃO
- 7- CONTROLE COM ESCOPIA
- 8- LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF
- 9- SUTURA POR PLANOS
- 10- CURATIVO TIPO JONES

Dr. Daniel Barreto
Cirurgião



HOSPITAL ESPERANÇA OLINDA

LAUDO/DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

PACIENTE: RINALDO DELGADO SIQUEIRA

DATA: 10/06/2019 CONVÊNIO: AMIL

CIRURGIÃO: DR. DANIEL BARRETO

2º AUXILIAR: DR. LUCAS MEDEIROS

ANESTESISTA: MIRELA TAVARES

INSTRUMENTADOR: LIDIANE ROCHA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIR

LEITO: 321 B

1º AUXILIAR: Dr. GEORGE KENEIY

3º AUXILIAR:

TIPO DE ANESTESIA: RAQUEANESTESIA

CIRURGIA:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIR + ARTROTOMIA DO JOELHO DIR +
RADIOSCOPIA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

O MESMO

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA:

EXAME RADIOLÓGICO: SIM

ACIDENTE DURANTE A CIRURGIA: NAO

RINALDO DELGADO SIQUEIRA
Nasc: 25/07/1981 - 37,10m160
Peg: 1797886 - Print: 000308443
AMIL/723 AMIL 20
Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11
Matrícula: 882288364
Leito: 321B
1797886

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL E COM BLOQUEIO DO PLEXO
- 2- ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MJO
- 3- INCISÃO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO DIR
- 4- ARTROTOMIA DO JOELHO DIR + PASSAGEM DE FIO GUIA ROSQUEADO + CONTROLE COM ESCOPIA
- 5- INICIALIZADOR + PASSAGEM DE FIO GUIA OLIVADO + FRESAGEM DO CANAL N 10 5
- 6- PASSAGEM DE HASTE INTRAMEDULAR DA TIBIA DIR 10X340 + BLOQUEIO DISTAL DUPLO E PROXIMAL DUPLO + PARAFUSO TAMPÃO
- 7 - CONTROLE COM ESCOPIA
- 8 - LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF
- 9 - SUTURA POR PLANOS
- 10 - CURATIVO TIPO JONES

Dr. Daniel Barreto
Cirurgião



REDE D'OR SÃO LUIZ S.A.

AVENIDA DOUTOR JOSE AUGUSTO MOREIRA, 265 - OLINDA - PE - C.N.P.J. 06047087001291

REGISTRO DE ENTRADA DE PACIENTE

Paciente: RINALDO DELGADO SIQUEIRA
Assinatura: 11797086
Data de Nascimento: 25/07/1981 39 anos
Endereço: RUA DA FABRICA DE VELAS Nº 3198
Cidade: SALGADINHO Estado: PE
CEP: 53110590 Telefone: 81986662459 Celular: 81987358313
Profissão: OPERADOR DE MÁQUIN Est.Civil: Solteiro Sexo: Masculino
Atual de: RECIFE CPF: 05689312460 Id.: 5816336 SDB

Responsável: MARIA ELISANGELA SILVA DE ANDRADE
Endereço: RUA DA FABRICA DE VELAS
Cidade: SALGADINHO UF: PE CEP: 53110590
Telefone: 811985449101
Profissão: TÉCNICA DE ENFERMAGEM
Atual de: RECIFE CPF: 038.906.444-06

Admissão: 02/05 AMIL/723 AMIL 200 GR.MUNICIPAL QG
Número: 882200364
Data: 201906273362 Guia: 43016132 Validade: 08/06/2019
Acomodação:
[] Sim [] Não [] Enf [] Apto [] Suite

Admissão: 07/06/2019, 21:11h Previsão de Alta: 08/06/2019, 10:00h
Número: 019433 DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE Clínica: ORTOPEDIA
Especialidade: CIRURGICO
Observação: 1 DIA DIARIA EM ENFE/COM ACOMP + 3 REFEIÇÕES/NAO LIBERAR DESPESAS EXTRAS// HD FRATURA OSSOS PERNA DIREITA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

I - A REDE D'OR SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, os médicos do corpo e respectiva equipe estão autorizados a prestar todas as providências necessárias à preservação da minha saúde e vida, inclusive, mas não somente, transfusão de sangue, massagens, transfusão, punção, intervenção cirúrgica, execução do tratamento proposto, internação em terapia intensiva e realizações de todos os procedimentos necessários ao meu adequado tratamento.

II - Assumo total responsabilidade pelo pagamento dos custos advindos do tratamento a que for submetido(a) pela REDE D'OR SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, estando ciente de que estão incluídas nesta autorização, todas as despesas resultantes de exames e consumo de material e de medicamentos utilizados nos cuidados médicos-hospitalares que se fizerem necessários ao meu integral tratamento, inclusive materiais especiais, além de consumo de frigobar e despesas com acompanhante, caso não autorizadas pelo plano / contrato / convênio de saúde.

III - Serão de minha responsabilidade todas as despesas oriundas de eventuais danos materiais causados nas dependências da REDE D'OR SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, oriundas de meus atos e/ou praticados por meus responsáveis, acompanhantes ou visitas.

IV - Estou ciente e concordo que todos os pagamentos devidos à REDE D'OR SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, em virtude de uma internação e/ou decorrentes, não autorizadas pelo plano / seguro / convênio de saúde, ou nos casos de atendimento particular, devem ser realizadas junto ao hospital, no prazo máximo de até 3 (três) dias úteis após o contato do setor de contas a receber, que poderá ser por telefone, e-mail, telegrama ou qualquer outro meio de comunicação admitido por lei.

V - Comprometo-me a proceder à leitura do "Manual de Normas e Orientações do paciente" que me foi entregue nesta oportunidade responsabilizando-me integralmente pelos danos causados a mim ou a terceiros pela não observância das normas e regras estabelecidas.

VI - Opto livremente por acomodação: da qual assumirei o pagamento da diferença e inclusive aos honorários médicos, de eventuais despesas extras (frigobar, telefone, refeições etc.) quando estiverem em desacordo com o efetivamente autorizado pelo plano / seguro / convênio de saúde ao qual estou vinculado.

VII - Todas as informações ora fornecidas são verdadeiras, garantindo a autenticidade de todos os dados prestados, responsabilizando-me por todas as declarações falsas ou inexatas que prestar e que vierem a causar prejuízos à REDE D'OR SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda.

VIII - Estou ciente de que na fatura emitida por este hospital não estarão incluídos honorários médicos referente à assistência ou aos exames realizados no período de internação em apartamento e/ou enfermaria, nas unidades de terapia intensiva, no pronto socorro, na emergência e no centro cirúrgico. Devendo o referido pagamento ser realizado diretamente aos médicos responsáveis pelo atendimento (setor clínica médica e pediatria) no atendimento de urgência.

IX - Neste momento recebi uma cópia e possuo pleno conhecimento de todo o presente termo.

Recife, 25 de Junho de 2019

Assinatura do Responsável

REDE D'OR SÃO LUIZ S.A.

Nome Legível

Admissão: ALSILVA Alta: ___/___/___ Hora: ___:___ Motivo: _____

Data Enf.: _____

Data Hora da impressão: 25/07/2019-10:00





ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

RINALDO BELGADO SIQUEIRA

Nasc: 25/07/1981 - 37.610.134
Rep: 1797088 - Pront: 000308443
AMIL/723 AMIL 20
Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11
Matrícula: 682200364

Paciente:

Leito:



Leito: B-4A

321B

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
07/06/19 20:15	# História # Hx: Fratura com fratura Paciente agitado, com queixas de dor. Edema moderado no MIB
	CS: Fratura com fratura com Na. David sendo que o mesmo é agitado. - Agitado e rubor de face - Sinais de fratura - Deixa de falar espontaneamente - Sinais de fratura
07/06/19	Confirmação
22:00	Admitido no andar, prontamente de emergência, com sinais vitais, constantes, sup. nível, oximétrico variando entre 90-95%, respiração espontânea, SV 120-130, pressão arterial 120/80, sem sinais de fratura, MIB com fratura de MIB + fratura de MIB medicamentos, resíduo, pele e mucosa interna, CI Intelectual MIB, diure P. Paciente agitado, sinais vitais 6/6h, medicamentos C.P.M.

Marta Lima Gomes
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 21440

Formosa Prazeres
CRM/PE 40436 - ENF





ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
08.06.19	# Enfermagem
12:53	Paciente evolui em TCE, Consciente, orientado, acinético, anisotérico, reflexos profundos, expulso em 1º trimestre. Dado por UO. MID com emagrecimento. Alvo e USE em PT. 11/06, sem sinais de lesões. Apresentando sinais vitais estáveis, exames laboratoriais dentro da normalidade. Sinais de cicatrizes da lesão. Medicação em uso: Alopurinol 300mg, Valproato 500mg, ATG 100mg de 10 em 10.
08/06/19	# CAT Exame Neurológico (++++/++++) Pct evolui bem Sem sinais de TCE Sem dor CO: Procedimento realizado Paciente cardiopulmonar

Aline M. A. de Mendonça
COREN-PE: 5478-ENF

08/06/19
Aline M. A. de Mendonça
COREN-PE: 5478-ENF





ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

SINALELA DELGADO SIQUEIRA

Ass: 25/07/1991 - 37.10.13a

Reg: 1797086 - Pront: 000308443

MIL/723 AMIL 20

Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11

Matricula: 882200364

Leito: 321B

1797086

Paciente:

Raimundo Degen

Leito: 321 - B

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada

Caracena / Amador

Par-qr Fmua pma (D)

S/OUTRA UNIDADE

PA: 130x80

m unia (D) 18/11

FC: 75/b

su rca 25 h

NEEN DM (D) 18/11 TBC (D) OUT TUBA / SM (D)

ECG 18m Su y FC 75/b 18m

NEEN SUICID

Priso Comum Com F (BAXO)

APSO A COMIDA

CORRANCA HOSPITALAR

Dr. Carlos Eduardo G. Santos

Dr. Carlos Eduardo G. Santos

Dr. Carlos Eduardo G. Santos

09/06/19

09:57

#far

Por evolucao estavel

Por priso dy 1p

Eden melhor

co: Inoperavel amoum 07h

Det zero 00:00

Su priso 09:57

Dr. Carlos Eduardo G. Santos





ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
09/06/19	# Enfermagem
11:55	Paciente evolui em PAZ, consciente, orientado, acimotico, assistência normalizada, dispúnea restrita ao leito, ssw estresse. Com AVP em 100 Com traço para 22/06 com a presença de sinais fisiológicos Com NTD com imobilização. Ag. cirurgia para 20/06 as 07:00. Conforme contato tomado com Dr. Daniel Barreto, sendo aprovado Orçamento para as 16h de 10x e suspensão amarela. Dida por V.O. EFT. Responsáveis. Paciente segue com cuidados da equipe. Rx-Medior com Verifica 2x de 6/6h Comuns anormalidades ATT para queda.
10/06/19	# HNT
10/06/19	Pct submetido a tratamento cirúrgico, com recuperação ao RX Controlado
09:57	

ERIKO SANTANA
FRENTE-SOMENTE

Dr. Daniel Barreto
Cirurgião Plástico
CRM - 15431





Nome: _____

Paciente:Leito: 321 B

Data:

Hora

**Etiqueta
do
paciente**

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
18:15 10/06/19	# Enfermagem II Paciente gestante do 3º Be. Evoluindo EG2. Consciente, Orientado, Afetivo, Inspeção: SSVU estáveis, bem MSD Mobilizado Sem SVP em MSE 21 exames fto gísticas. Alta por VO, EF(+) espontâneas Paciente segue aos cuidados da equipe. Judicar e PM Aplicar SSVU 6 cal Examinar Anomalia des.
11/06/19	# SOT
10:50	Pct evoluindo sem dor, bom perf. vital, Fto. Satisfatório. at: Alt, Hx, fto. bom exame físico AB, AINE, Analgesia Cep. Paracet Rebom 21 dia Ata fto do Retorno se prout Segue com curto Tratado do dia <i>Capitão Costa</i> CORRETE 153.113 - ENF <i>Dr. Daniel Ramalho</i> CORRETE 153.113 - ENF



Paciente: **RINALDO DELGADO SIQUEIRA**
Nome da Mãe: **LUCINEIDE HOLANDA DELGADO**
Registro: **1797086**
Médico: **CRM - 19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE**

Sexo: **Masculino**
Data Nasc. / Idade: **25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 14 dias**
Matrícula: **882200364**
Data da Prescrição: **09/06/2019**

Peso do Paciente: **kg**
Data da Internação: **07/06/2019**
Leito do Paciente: **321B**

Convênio e Plano: **AMIL/723 AMIL 200 GR MUNICIPIOS OC**

Informada Valéria

Nome do Paciente:	Leito:	Data Nasc.:	Prontuário:
RINALDO DELGADO SIQUEIRA	321B	25/07/1981	882200364
1. DIETA LIVRE	***	ORAL	NUTRICAÇÃO
1. NOVALGINA 1G/2ML AMP	1 AMPOLA 20 ML	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS
2. ANSETRON 4MG/2ML AMP	1 AMPOLA 10 ML	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS
3. OMEPRAZOL 40mg FA	1 FR AMPOLA	INTRAVENOSA	24 X 24 HORAS
4. CUIDADOS GERAIS	***	***	12 X 12 HORAS
5. SINIAIS VITAIS	***	***	12 X 12 HORAS

Ent. (SD): **Ent. (SN):**
Tec. Ent. (SD): **Tec. Ent. (SN):**
Numeração: **Farmácia:**

DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
CRM - 19433-PE

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2020 11:17:46

[illegible]



Página 2 de 2

Paciente: RINALDO DELGADO SIQUEIRA	Sexo: Masculino	*1797086*
Nome da Mãe: LUCINEIDE HOLANDA DELGADO	Data Nasc. / Idade: 25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 15 dias	Peso do Paciente: 80 kg
Registro: 1797086	Matrícula: 882200364	Data da internação: 07/06/2019
Médico: CRM - 19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE	Data da Prescrição: 10/06/2019	Leito do Paciente: 321B
ALERGIA: NÃO INFORMADA ALERGIA		
Nome do Paciente:	Leito:	Prontuário

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2020 11:17:46

Data da Prescrição: 10/06/2019 09:56:22

Alérgico: Alla Vigilância Uso Restrito Controlado Antimicrobiano



Página 1 de 2

Paciente: **RINALDO DELGADO SIQUEIRA**
Nome de Mãe: **LUCINEIDE HOLANDA DELGADO**
Região: **1797086**
Médico: **CRM - 19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE**

Seto: **Masculino**
Data Nasc. / Mãe: **25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 16 dias**
Matrícula: **882200364**
Data da Prescrição: **11/06/2019**
Peso do Paciente: **80 kg**
Data da Internação: **07/06/2019**
Leito do Paciente: **321B**

ESPERANÇA
C L I N I C A

ALERGIAS: NAO INFORMADA A ALERGIA

Nome do Paciente: **Rinaldo Delgado Siqueira**
Leito: **321B**
Data Nasc.: **25/07/1981**
Prontuário: **882200364**

DIETAS	Volume	ORAL	NUTRICAÇÃO	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS
1. DIETA LIVRE	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
2. DIETA BRANDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
3. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
4. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
5. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
6. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
7. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
8. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
9. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
10. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
11. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
12. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
13. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
14. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
15. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
16. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
17. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
18. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
19. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
20. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
21. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
22. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
23. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
24. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
25. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
26. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
27. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
28. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
29. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
30. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
31. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
32. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
33. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
34. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
35. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
36. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
37. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
38. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
39. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
40. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
41. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
42. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
43. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
44. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
45. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
46. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
47. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
48. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
49. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
50. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
51. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
52. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
53. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
54. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
55. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
56. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
57. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
58. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
59. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
60. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
61. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
62. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
63. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
64. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
65. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
66. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
67. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
68. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
69. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
70. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
71. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
72. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
73. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
74. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
75. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
76. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
77. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
78. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
79. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
80. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
81. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
82. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
83. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
84. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
85. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
86. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
87. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
88. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
89. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
90. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
91. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
92. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
93. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
94. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
95. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
96. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
97. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
98. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
99. DIETA SEMI-SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	
100. DIETA SÓLIDA	***	ORAL	6 X 6 HORAS	12 X 12 HORAS	24 X 24 HORAS	

1. CUIDADOS GERAIS

2. SINAIS VITAIS

3. ALTA HOSPITALAR após curativo

Olinda, 11 de Junho de 2019, 10:54:22

Ent. (SN):

Tec. Ent. (SN):

Data da Prescrição: 11/06/2019 10:54:06

Ent. (SD):

Tec. Ent. (SD):

DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
CRM - 19433-PE

Alérgico Alta Vigilância Uso Restrito Controlado Antimicrobiano



Página 2 de 2

Paciente: RINALDO DELGADO SIQUEIRA Nome da Mãe: LUCINEIDE HOLANDA DELGADO Registro: 1797086 Médico: CRM - 19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE	Sexo: Masculino Data Nasc./Idade: 25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 16 dias Matrícula: 882200364 Data da Prescrição: 11/06/2019	Peso do Paciente: 80 kg Data da Internação: 07/06/2019 Leito do Paciente: 321B
ESPERANÇA C. T. N. U. A	Nome do Paciente DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE CRM - 19433-PE	Leito Data Nasc. Prontuário:
ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA	Nutrição:	Família:

*Dr. Daniel Barreto de Mattos Nobre
CRM - 19433-PE
Data: 11/06/2019*

Data da Prescrição: 11/06/2019 10:54:06

Alérgico Alta Vigilância Uso Restrito Controlado Antimicrobiano

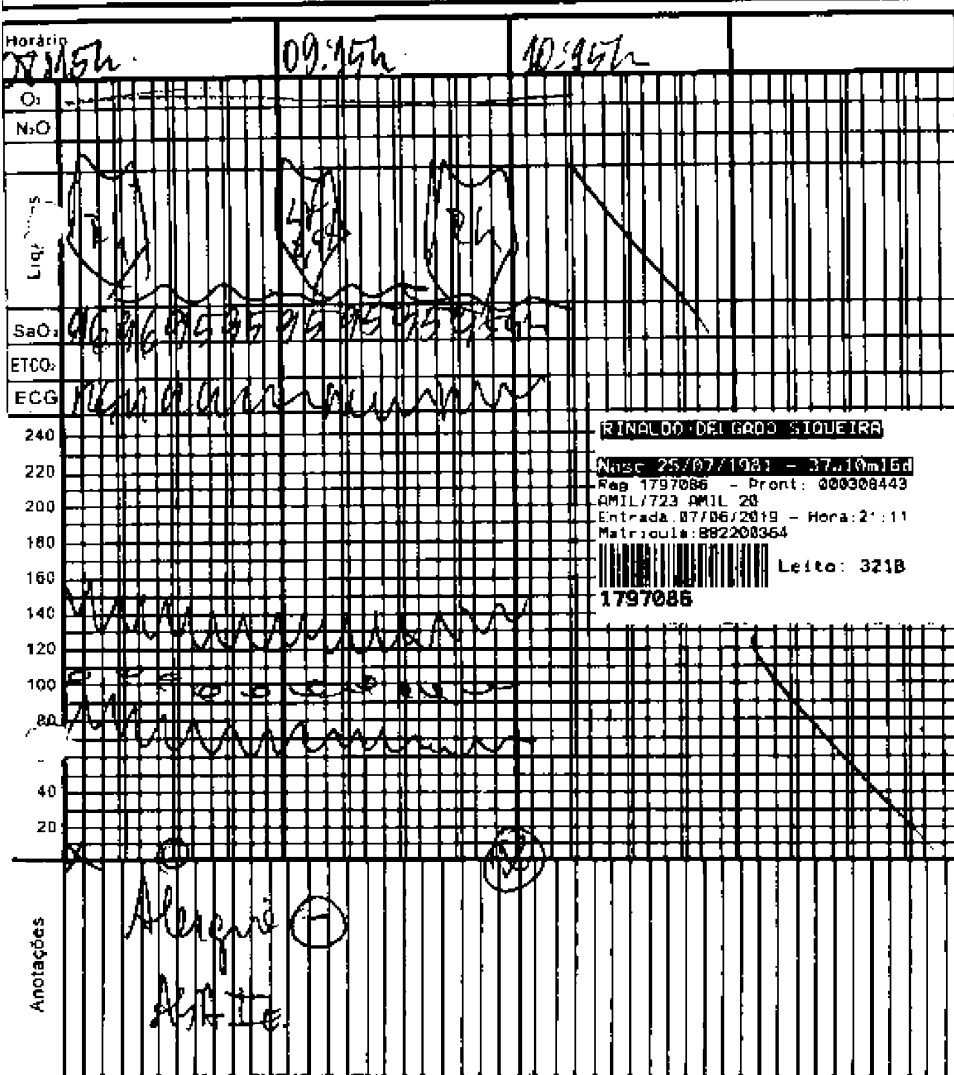


ESPERANÇA

Av. José Augusto Moreira, 810, Casa Caiada, Olinda - PE
Fone: (81) 3432.8000 www.prontolinda.com.br

FICHA DE ANESTESIA

Data: 10.06.19		Hospital: Esperança		Acomodação: 015	
Paciente: <i>Tha. cris. frez. Lúcia Oliveira</i>		Sexo: F	Etn: <i>Branca</i>	Idade: 37	Risco: <i>baixo</i>
CEM: 18001	Nome do Anestesiologista: <i>Tha. cris. frez. Lúcia Oliveira</i>	Nome do Cirurgião: <i>Classical Boussetto Jr</i>			
Medicação Pré-anestesia:		Urgência: ☐ NÃO ☒ SIM			
Cirurgia: <i>tho. cris. frez. Lúcia Oliveira</i>					



RINALDO DEL GROSS SIQUEIRA

Nasc: 25/07/1981 - 37.10m16d
Reg: 1797086 - Pront: 000308443
AMIL/723 AMIL 23
Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11
Matrícula: 882200364



Leito: 321B

1797086

Drogas Usadas	Quantidade
<i>Dumonic 8mg</i>	
<i>Propofol 0.5mg</i>	
<i>Vec 10, 0.5mg</i>	
<i>Chlorhex 2g</i>	
<i>Dexametazona 8mg</i>	
<i>Propofol 2g</i>	
<i>Nauscloson 4mg</i>	
<i>Tenoxicam 20mg</i>	

Técnica Anestésica:

Seolagor + Propofol
periférica. Pele um
para, punção para
medula, 0.5mg
propofol 20g
vec 10, 0.5mg
Chlorhex 2g
Nauscloson 4mg
Tenoxicam 20mg

- Monitorização**
- ☒ Cardioscópio
 - ☒ Oxímetro
 - ☒ PNI
 - ☐ Sonda Vesical
 - ☐ Capnógrafo
 - ☐ Elet. Pré-cordial
 - ☐ Outros
- Encaminhado**
- ☐ BIS
 - ☐ Temperatura
 - ☐ Swan-Ganz
 - ☐ Analisador Gases
 - ☐ PVC
 - ☐ Estimulador de Nervo
 - ☐ Linha Arterial
 - ☐ Volemia IBP Plus

- Encaminhado**
- ☒ Acordado
 - ☐ Sonoletto
 - ☐ Intubado
 - Destino**
 - ☒ SRPA
 - ☐ Apart / Enf.
 - ☐ UTI

Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2020 11:17:46

Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE DEFESA SOCIAL - AVALIAÇÃO DE DEFESA SOCIAL

EC-3

Rinaldo Delgado Siqueira

SIGNATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.818.336 DATA DE EXPIRAÇÃO 03/04/2014

NOME << RINALDO DELGADO SIQUEIRA >>

FILIAÇÃO << RENATO DA SILVA SIQUEIRA >>
<< LUCINEIDE HOLANDA DELGADO >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 25/07/1981

UDC ORIGEM << CN 34276 L30A F82 CART OLINDA PE 26.07.1982 >>

CPF 056.893.124-60

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Carreira **CARLOS MARINHO**
P. Oficial de Justiça, N.º 4 B (EPP) de Oculista

R. Cel. Henrique Guimarães, 17 Bairro Novo- Olinda PE
CEP 53040-100 - Fone: 81.3011.7800 - Fax: 81.3011.7802
atendimento@carlosmarinho.com.br

Autentico a presente cópia que é a reprodução fiel do original que me foi exibido em 04/12/2020 às 08:54:07 deu fe Em test da verdade.

Escritor autorizado: GILVANIA DEOLINDA DA SILVA EMOL 3.17,
TGNR.0.70, FERCO.35, FERM 0.04,FUNSEQ.0.07 TOTAL 4.33. Consulte a autenticidade em: www.tpe.jus.br/tpeodigital

Carimbo circular: T. TABELA DE DEFESA SOCIAL DE OLINDA PE

Carimbo quadrado: 0073452 04/12/2020 11:17:46

Carreira **CARLOS MARINHO**
P. Oficial de Justiça, N.º 4 B (EPP) de Oculista

R. Cel. Henrique Guimarães, 17 Bairro Novo- Olinda PE
CEP 53040-100 - Fone: 81.3011.7800 - Fax: 81.3011.7802
atendimento@carlosmarinho.com.br

Autentico a presente cópia que é a reprodução fiel do original que me foi exibido em 04/12/2020 às 08:54:07 deu fe Em test da verdade.

Escritor autorizado: GILVANIA DEOLINDA DA SILVA EMOL 3.17,
TGNR.0.70, FERCO.35, FERM 0.04,FUNSEQ.0.07 TOTAL 4.33. Consulte a autenticidade em: www.tpe.jus.br/tpeodigital

Carimbo circular: T. TABELA DE DEFESA SOCIAL DE OLINDA PE

Carimbo quadrado: 0073452 04/12/2020 11:17:46





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA
PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 49859 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024A. CIRCUNSCRICAO - VARADOURO
Ofício nº. 018 / 2019 data 27 / 11 / 2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024A. CIRCUNSCRICAO - VARADOURO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 06:37 do dia 27 de Novembro de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **RINALDO DELGADO SIQUEIRA** filho(a) de **RENATO DA SILVA SIQUEIRA** e de **LUCINEIDE HOLANDA DELGADO**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Solteiro (a)**, aparentando a idade de **38 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **RECIFE - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 5818338**, profissão **OPERADOR DE MÁQUINA**, endereço **RUA FÁBRICA DE VELA, nº 90, complemento: A, bairro SALGADINHO**, telefone/s **NÃO INFORMADO**, **OLINDA - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Refere queda de moto em 07/06/19. Traz laudo médico de 22/11/19, onde consta: "...fratura de ossos da perna D... submetido a tratamento cirúrgico... fratura consolidada... está em habilitação fisioterápica. Afastado de suas funções laborais por 45 dias..."

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Cicatrizes normotróficas em perna direita, medindo 20mm (maléolo medial) e 40mm (joelho). Marcha preservada. Referência de dor leve à deambulação.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Deverá retomar para exame complementar, munido de laudo médico atualizado a respeito de sequelas

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Aguardar exame complementar.

Assinado digitalmente por EVELINE DE FATIMA CATÃO MONTEIRO, Médico Legista, Matrícula nº 347.866-1, CPF: xxx.389.804-xx, em 27/11/2019 07:46:05. Página 1 de 2.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(*). EVELINE DE FÁTIMA CATÃO MONTEIRO - CRM 16313.



Assinado digitalmente por **EVELINE DE FATIMA CATAO MONTEIRO**, Médico Legista, Matrícula nº 347.866-1, CPF: xxx.389.804-xx, em 27/11/2019 07:46:05.

Polícia Científica
SDS-PE

Autenticidade, integridade e irrefutabilidade deste arquivo eletrônico podem ser conferidas em: <http://validador.sds.pe.gov.br/>

Assinado digitalmente por EVELINE DE FATIMA CATAO MONTEIRO, Médico Legista, Matrícula nº 347.866-1, CPF: xxx.389.804-xx, em 27/11/2019 07:46:05. Página 2 de 2.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

EXAME COMPLEMENTAR Nº 7266 / 2020

REFERENTE AO LAUDO Nº 1 / 2020

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 024A. CIRCUNSCRICAO - VARADOURO
Ofício nº: 466 / 2019 Data 19 / 2 / 2020
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 024A. CIRCUNSCRICAO - VARADOURO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 06:27 do dia 19 de Fevereiro de 2020, na seção de Clínica Médico-legal, procederam o exame de RINALDO DELGADO SIQUEIRA filho(a) de RENATO DA SILVA SIQUEIRA e de LUCINEIDE HOLANDA DELGADO de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Solteiro (a)**, aparentando a idade de **38 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **RECIFE - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 5818336**, profissão **OPERADOR DE MAQUINA**, vestes **NÃO INFORMADO**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periciando com histórico de acidente de trânsito no dia 07/06/2019, em uma via do município de Olinda, quando o mesmo trafegava pilotando motocicleta, resultando em fratura dos ossos da perna direita, sendo necessária cirurgia e fisioterapia, conforme consta na perícia traumatológica inicial a que foi submetido no dia 27/11/2020, de número 49859/2019, assinada pela perita médica legista Eveline de Fátima Catão Monteiro, CRM 16.313, retoma para perícia complementar, informando ter realizado sessões de fisioterapia e ter tido alta da fisioterapia e do ortopedista que o acompanha, assim como trazendo um laudo do dia 19/01/2020, assinado pelo médico Daniel Barreto M. Nobre, CRM 15433, onde consta: "História de fratura de tibia direita há mais ou menos 07 meses, no momento, fratura consolidada, deambulando sem dor, logo encontra-se de alta médica."

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Ao exame pericial visualizei periciando deambulando, sem limitações físicas, com cicatriz de aspecto deformante, na face anterior do joelho esquerdo, longitudinal e hiperocrônica, medindo 60 mm de comprimento, e 02 lineares na face medial do tornozelo esquerdo, cada uma com 10 mm de comprimento, e marcas de pontos.

QUESITOS:

1º) Da ofensa à integridade corporal ou à saúde do periciando resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida; incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias; aceleração da parto? (especificar)

SIM, INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES POR MAIS DE 30 DIAS.

2º) Da ofensa resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

SIM, DEFORMIDADE PERMANENTE. PELAS CICATRIZES DESCRITAS.

3º) Do ponto de vista Médico-legal, o periciando está restabelecido?

Sim





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(*). SAULO PADILHA VILELA - CRM 10960.



Assinado digitalmente por SAULO PADILHA VILELA,
Médico Legista, Matrícula nº 209.617-0, CPF.
xxx.545.744-xx, em 19/02/2020 07:25:38.

Polícia Científica
SDS-PC

Autenticidade, integridade e irrefutabilidade deste arquivo eletrônico
podem ser conferidas em: <http://validador.sds.pe.gov.br/>

Assinado digitalmente por SAULO PADILHA VILELA, Médico Legista, Matrícula nº 209.617-0, CPF: xxx.545.744-xx, em 19/02/2020 07:25:38, Página 2 de 2.





Seguradora Líder



22/06/20



SN 51249367 2 BR



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

S		SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.	TELEFONE / Phone Number
EI		RUA DA ASSEMBLEIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO	SAC DPVAT 0800 0221204
R	S	Nº 74, 15 - JARDIM	
C	CEP: 20011-904	RIO DE JANEIRO/RJ	UF / State
			RJ
			PAÍS / Country
			BRASIL

ATENDIMENTO





Seguradora Líder

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viversegurodotransito.com.br

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO**
**POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

ATENDIMENTO



REMITENTE / Endereço		TELEFONE / Phone Number	
R. Carlos Delgado G. 100			
ENDEREÇO / Address			
R. Fabrica de Vela, BAIRRO SAIGADINHO N. 90 A			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
53110590	Linda	PE	BRASIL

RECYCLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE

DEVOLUÇÃO (Return)		(Onis)	
☐ MALDUSE (Abuse)	☐ FALSO (Falsified)		
☐ RECUSADO (Refused)	☐ FURTO (Stolen)		
☐ DECOMENTO (Damaged)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Number does not exist)		
☐ NÃO PROCLAMADO (Not declared)	☐ OUTROS (Others)		
☐ AUSENTE (Absent)			
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)			
1° 2° 3° 4° 5° 6° 7° 8° 9° 10°			
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)			
☐ Reintegrado ao serviço postal em (Reintegrated to service post in) / / /			
Data / /		Responsável /	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200234356

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Data do acidente: 07/06/2019

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA(HASTE) P2
ALTA.

Sequelas permanentes: DEFORMIDADE POR CICATRIZES.

Sequelas: Sequela não indenizável

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: ** "130320" - VIDE HISTÓRICO

LAUDO PERICIAL COMPLEMENTAR DO IML: Nº 7266/2020 DE 19/02/2020, QUESITO 1º, 2º E 3º. ** HISTÓRICO: FRATURA CONSOLIDADA, DEAMBULANDO SEM DOR - ALTA MÉDICA ** EXAME FÍSICO: DEAMBULANDO SEM LIMITAÇÕES FÍSICAS... **

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200234356

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Data do acidente: 07/06/2019

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA(HASTE). P2
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEFORMIDADE POR CICATRIZES.

Sequelas: Sequela não indenizável

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: CONFORME # LAUDO PERICIAL COMPLEMENTAR DO IML: Nº 7266/2020 DE 19/02/2020, QUESITO 1º, 2º E 3º.
HISTÓRICO: FRATURA CONSOLIDADA, DEAMBULANDO SEM DOR - ALTA MÉDICA. EXAME FÍSICO: DEAMBULANDO SEM LIMITAÇÕES FÍSICAS. DR. SAULO PADILHA VILELA CRM 10960.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200234356

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Data do acidente: 07/06/2019

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA(HASTE) P2
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: # PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200234356

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Data do acidente: 07/06/2019

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA(HASTE) P2
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: # PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

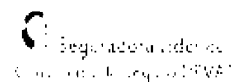
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0183402/20
Vítima: RINALDO DELGADO SIQUEIRA
CPF: 056.893.124-60
CPF de: Próprio
Data do acidente: 07/06/2019
Titular do CPF: RINALDO DELGADO SIQUEIRA
Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

RINALDO DELGADO SIQUEIRA : 056.893.124-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/07/2020
Nome: RINALDO DELGADO SIQUEIRA
CPF: 056.893.124-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2020
Nome: ALAN SILVA DE OLIVEIRA
CPF: 152.775.167-86

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

ALAN SILVA DE OLIVEIRA

