
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



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



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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

056893124-60

Rinaldo de Aguiar Siqueira

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

5 - Nome completo:

Rinaldo de Aguiar Siqueira

6 - CPF:

056893124-60

7 - Profissão:

OP. DE MÁQUINAS

8 - Endereço:

Rua Fabrice de Vêla

9 - Número:

30A

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Safadinho

12 - Cidade:

OLINDA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55000-000

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:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

0007

CONTA:

31-243

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0007

8

CONTA:

31-243

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascturo (val nasctos)?

☐ 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 não alfabetizado

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Recife 17 de Junho de 2020

Rinaldo de Aguiar Siqueira

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
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA 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: **- 86662459**

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** Combustível: **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 AUTOMOVEL 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 FERNANDO ARAÚJO DA SILVA** Matrícula: 152497-6





SO: 108.013.357 03/02/2020 053614

DESTINATÁRIO



CTC RECIFE PE PL2
RINALDO DELGADO SIQUEIRA
R DA FABRICA DE VELAS 90 A C
53110-590 OLINDA PE



7213099639717370000005361430030220



2020013110801335701

PARA USO DO CORREIO

<input type="checkbox"/> Mudou-se	<input type="checkbox"/> Não procurado
<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente	<input type="checkbox"/> Ausente
<input type="checkbox"/> Não existe o número indicado	<input type="checkbox"/> Falocido
<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Informação solicitada pelo portador/síndico
<input type="checkbox"/> Recuperado	
Reintegrado no serviço postal em	Voto do Responsável

REMETENTE - DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO



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



Serie 0073452 MME22020010733

Autentico a presente copia que é a reprodução fiel do original que me foi exibido em 18/03/2020 às 08:31:26 dou 18 Em leit da unidade.
Escritório: ANDERSON DIOGO DOS SANTOS EMO 317 TSNR 0,77
FERC 0,35 FERM 0,04 FUNSEG 0,07 TOTAL 403. Consulte a autenticação em: www.jusbrasil.org.br




Caros
CARLOS MARINHO
R. Cel. Henrique Guimarães, 17 Bairro Novo Olinda PE
CEP 53010-100 - Fone: 81 3011.7800 - Fax: 81 3011.7802
atendimento@carlosmarinho.com.br

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

Nasc: 25/07/1981 - 37810m16g

Reg: 1797086 - Pront: 000308443

AMIL/723 AMIL 20

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

Matricula: 082200364



Leito: 321B

1797086

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1 PACIENTE EM DECUBITO DO LADO ESQUERDO COM BLOQUEIO DO PLEXO
- 2 ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSEIÇÃO 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 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

Nasc: 25/07/1981 - 37,10m16d

Reg: 1797086 - Pront: 000308443

AMIL/723 AMIL 20

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

Matricula: 882200364

Leito: 321B

1797086

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1 - PACIENTE EM DECUBITO DORSAL E COM BLOQUEIO DO PLEXO
- 2 - ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MJD
- 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
Ortopedia

REDE D'OR SAO LUIZ S.A.
AVENIDA DOUTOR JOSE AUGUSTO MOREIRA, 265 - OLINDA - PE - C.N.P.J.: 06047087001291

REGISTRO DE ENTRADA DE PACIENTE

Nome: RINALDO DELGADO SIQUEIRA
Registro: 1797086
Idade: 38 anos
Endereço: RUA DA FABRICA DE VELAS Nº 3198
Bairro: SALGADINHO Cidade: OLINDA
CEP: 53110590
Telefone: 81986662459
Profissão: OPERADOR DE MAQUI Est. Civil: Solteiro
Natural de: RECIFE CPF: 05689312460
Leito: Prontuário: 000308443
Estado: PE
Celular: 81987358313
Sexo: Masculino
Id.: 5818336 SDS

Responsável: MARIA ELISANGELA SILVA DE ANDRAD
Endereço: RUA DA FABRICA DE VELAS
Bairro: SALGADINHO Cidade: OLINDA UF: PE CEP: 53110590
Telefone: (81) 985449101
Profissão: TECNICA DE ENFERMAGE
Identidade: 5112852 CPF: 038.906.444-06

Convênio: 002/85 AMIL/723 AMIL 200 GR. MUNICIPIOS QC
Carteira: 882200364
Data: 201900273362 Guia: 43016132 Validade: 08/06/2019
Acomodação
[] Sim [] Nao [] Enf [] Apto [] Suite

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

TERMO DE RESPONSABILIDADE

I - A REDE D'OR SAO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, os médicos do corpo e respectiva equipe estão autorizados a tomar todas as providências necessárias à preservação da minha saúde e vida, inclusive, mas não somente, transfusão de sangue, massagem, transfusão, punção, intervenção cirúrgica, execução do tratamento proposto, internação em terapia intensiva e solicitações 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 SAO 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 / seguro / convênio de saúde.

III - Serão de minha responsabilidade todas as despesas oriundas de eventuais danos materiais causados nas dependências da REDE D'OR SAO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, oriundos 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 SAO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, em virtude de minha internação e dela decorrentes, não autorizadas pelo plano / seguro / convênio de saúde, ou nos casos de atendimento particular, deverão 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 - Optei livremente por acomodação: da qual assumirei o pagamento da diferença e inclusive nos 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 SAO 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 hemodinâmica e no centro cirúrgico. Devendo o referido pagamento ser realizado diretamente aos médicos responsáveis pelo atendimento exceto 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 SAO LUIZ S.A.
Nome Legível

Recepção: ALSILVA Alta: ____/____/____ Hora: ____:____ Motivo: ____
Atend. Enf.: ____ Data Hora da Impressão: 25/07/2019-10:00



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Nasc: 25/07/1981 - 37.10m13d
Reg: 1797086 - Pront: 000308443
AMIL/723 AMIL 20
Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11
Matricula: 082200364



Leito: B-1A

3213

Paciente: _____ Leito: _____

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
07/06/19 20:15	# História # HD: Exatidão com exame físico Paciente segue estável, sem queixas em exame. Edema reduzido em MIB CS: Exatidão com exame físico Na Doravinda exames que ocorrerão no próximo dia. - Aguarda melhor de pontos bom para Ht. próximas - Exame físico estável - Solicito exame lab. próx. op.
08/06/19	Onfumação
22:30	Admitido no andar, proveniente de emergência, com sinais vitais, em estado suprino, afeto respiratório, anestesia respiratória espontânea, APV MSG indolente, sem sinais flogísticos, med. DM+HDS+algias me- dicamentosas, resíduo, pele e mucosa íntegra, CI indolente MT D, diure- se. Permanecer anormalidade, sinais SSVV 6/6h, monitorado C.P.M.

Marta Lima Gomes
Oncologista
CRP 12340

Fernanda Prazeres
Coordenadora - ENF



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada

08.06.19

Enfermagem

12:53

Paciente evolui em TCAR, Consciente, orientado, acinético, anictérico, apnéico, troque, eufórico e af. ambiental. Dito por VO! MTD com emagrecimento. Alvo e USE em PT. 11/06, sem sinais de lesões. Apresentando sinais vitais estáveis. Coliminações psicofarmacológicas espantosas. Segue os ciclos da equipe. Medicação 2PAI. Avaliar anamnese; Verificar SSVU 08/06! ATN nota de queda.

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

08/06/19

CAT

13:31

Edem. Moderado (+++ / ++++)
Pct evolui fraco
Baixa pressão de 12/8
Sem dor
CD: Procedimento seguido
Pacem cardiologia

Dr. Paulo Roberto N. Nogueira
CRM-PE 1453

RINALDO DELGADO STOUVERA

Idade: 25/07/1981 - 37,10m13d
Reg: 1797086 - Pront: 000308443
MIL/723 AMIL 20
Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11
Matricula: 002200364
Leito: 321B
1797086

Paciente:

RINALDO DEGENNO

Leito: 321 - B

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada

Coniaca / Anestesia

Paciente em FIMM para (D)

S/OUTRA ANESTESIA

PA: 130x80

em UNICOM 10/14

FC: 75/min

su 12/12 15 km

NEEN DM ⊖ WH ⊖ TBG ⊖ ON TUBA / SM ⊖

COBRANÇA HOSPITALAR

ECG Para Suq y FC 75/min

NEEN ANESTESIA

Dr. Carlos
Caru

Dr. Carlos Eduardo G. Santos
Cardiologista Intervencionista
CRM 16644-RJ

Prisco Concomitante Grau I (BAXO)
apso a cirurgia

09/06/19

09:05

#far
Pot evolutu estu
Bon profus de
Edem melhor

co: Propeduto amarelo 07h

Dex zero 00:00

Su 12/12 15 km

Dr. Daniel Roberto M. Nogueira
Ortopedia Traumatologia
CRM - 16432



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
09/06/19	# Enfermagem #
11:55	<p>Paciente acordou em P&H consciente, orientado, acamotado, amiteria normalizada, eupneia, restrito ao leito, ssw estresseis. Com AV9 em USE com traço para 2106 com a presença de sinais fisiológicos. Com NTD com imobilização. Ag. cirurgia para 2106 as 07:00, conforme contato tomado com Dr. Daniel Barreto, sendo agendado para as 16hs de hoje, e suspensão amarela. Dieta por V.O. EFT expensas. Paciente segue as ordens da equipe.</p> <p>R-médico CM</p> <p>Verificar Sudeb/6hs</p> <p>Comunicação anormalidade</p> <p>ATT para queda,</p> <p><i>Erika Patrícia</i> COREN-SP 145875</p>
10/06/19	#FNT
10/06/19	
09:57	<p>Pct submetido a</p> <p>tratamento cirúrgico,</p> <p>em recuperação</p> <p>CO. RX Control</p> <p>SR</p> <p><i>Dr. Danilo M. Nogueira</i> Ortopedia - Traumatologia CRM - 19433</p>



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Nome: _____

**Etiqueta
do
paciente**

Data: _____

Hora: _____

Paciente: Renaldo Delgado Leito: 321 B.

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada

13:15

10/06/19

Enfermagem H

Paciente gestora do BC. Evoluindo
EG2. Consciente / Orientado, afébril,
inspúrio, SSVV estáveis. Sem
MSD Mobilizado.
Sem IAP em MSE de sinais flogísticos.
Dieta por VO, EF(+) espontâneas
Paciente segue aos cuidados
da equipe.

Judicar e PM

Apresentar SSVV 6 cal

Chemical Anestesia
des.

11/06/19

#SOT

10:50

Pct evoluindo sem
dor, bom perf. vital, FO satisfatório.
a: Alt. hosp. plm
eufórico
ATB, AINE, Analgésicos
Cep. Paracet.
Retorno 21 dias
Ata febril
Retorno se prom
Deixa med. com febril
Análise de dx

Carolina Costa
CORENTE 453.113 - ENF

Dr. Danilo Barreto A. Nobre
CRM 154133
Otorrinolaringologista



PACIENTE:
RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Nome da Mãe: LUCINEIDE HOLANDA DELGADO
Registro: 1797086
Prontuário: 000308443
Médico: CRM - 27474-PE - GABRIELA FELIX DE SOUZA

Sexo: Masculino
Data Nasc. / Idade: 25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 12 dias
Matrícula: 882200364
Data da Prescrição: 07/06/2019

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

ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA

Nome do Paciente: _____ Leito: _____ Data Nasc.: _____ Prontuário: _____

DIETAS			Volume	Via	Intervalo	07/06/2019	08/06/2019
1. DIETA LIVRE			***	ORAL	NUTRICAO		
MEDICAMENTOS							
			Dose	Via	Intervalo	07/06/2019	08/06/2019
1. NOVALGINA 1G/2ML AMP ...AGUA DESTILADA 10ML AMP			1 AMPOLA 20 ML	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS		
2. tramadon 100mg/2ml amp ...SORO FISIOL 0.9% 100ML BOLSA			1 AMPOLA 1 BOLSA	INTRAVENOSA	12 X 12 HORAS	22:00	00:00 10:00
3. ANSENTRON 4MG/2ML AMP ...AGUA DESTILADA 10ML AMP * Se necessário Obs: SE NAUSEAS OU VOMITOS			1 AMPOLA 10 ML	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS		
4. OMEprazol 40mg FA			1 FR.AMPOLA	INTRAVENOSA	24 X 24HORAS		06:00

CUIDADOS

1. CUIDADOS GERAIS	Intervalo	07/06/2019	08/06/2019
2. SINAIS VITAIS	12 X 12 HORAS 12 X 12 HORAS	08:00 10:00	

Olinda, 07 de Junho de 2019, 21:47:29

Manilla Lima Gomes
Farmácia
CRM - 23540

GABRIELA FELIX DE SOUZA
CRM - 27474-PE

Enf. (SD):

Tec.Enf. (SD):

Nutrição:

Ana Vanessa Farias


Enfermeira
CRM - 201418

Enf. (SN):

Tec.Enf. (SN):

Farmácia:

Andressa
Daniedex

 ESPERANÇA O L N I D A	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	Prontuário: 000308443	Matrícula: 882200364	Data da Internação: 07/06/2019
Médico: CRM - 19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE	Convênio e Plano: AMIL723 AMIL 200 GR.MUNICIPIOS QC	Data da Prescrição: 10/06/2019	Leito do Paciente: 321B

ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA

Nome do Paciente:	Leito:	Data Nasc.:	Prontuário:
-------------------	--------	-------------	-------------

DIETAS	Volume	Via	Intervalo	NUTRICAÇÃO	Intervalo	Obs
1. DIETA LIVRE	***	ORAL				
DIETA BRANDA	***	ORAL	8 X 8 HORAS	16:00	00:00	10/06/2019
Obs: após efeito anestésico						
MEDICAMENTOS	Oose	Via	Intervalo			10/06/2019
1. cefalOTina 1g FA ...AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 FRAMPOLA 1 AMPOLA	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS	12:00	00:00	12:00
2. NOVALGina 1G/2ML AMP AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 AMPOLA 20 ML	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS	10:00	00:00	12:00
3. tramadON 100mg/2ml amp ...SORO FISIOL 0.9% 100ML BOLSA	1 AMPOLA 1 BOLSA	INTRAVENOSA	12 X 12 HORAS	10:00	10:00	10:00
4. ANSENTRON 4MG/2ML AMP AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 AMPOLA 10 ML	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS			
Obs: Se necessário ...SE NAUSEAS OU VÔMITOS						
5. CLEXANE 40MG SERINGA Obs: FAZER USO HOJE E SUSPENDER	1 SERINGA	SUBCUTANEA	24 X 24 HORAS		00:00	
6. OMEprazol 40mg FA	1 FRAMPOLA	INTRAVENOSA	24 X 24 HORAS		00:00	
CUIDADOS			Intervalo			10/06/2019
1. CUIDADOS GERAIS	***	***	12 X 12 HORAS	20:00	08:00	
SINAIS VITAIS			12 X 12 HORAS	10:00	10:00	

Olinda, 10 de Junho de 2019, 09:57:16

CONFIDENTIAL

Entf. (SD):

7. Volume

2

Téc. Enf. (SD):

145

MATHEMATICS

BARRETO

DANI

Nutrição:

—

Amidst

— **INFO**

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

1797086

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

Sexo:
Masculino

Data Nasc. / Idade:
25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 15 dias
Matrícula:
882200364
Data da Prescrição:
10/06/2019

Paciente: **RINALDO DELGADO SIQUEIRA**

Nome da Mãe:
LUCINEIDE HOLANDA DELGADO

Registro:
1797086

Médico:
CRM - 19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

ESPERANÇA
O L : N D A

ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA

Nome do Paciente:

Leito:

Data Nasc.:

Prontuário:

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



ESPERANÇA
CLÍNICA

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

Convênio e Plano:
AMIL723 AMIL 200 GR. MUNICIPIOS QC

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

Sexo:
Masculino

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

ALERGIAS: NAO INFORMADA A ALERGIA

Nome do Paciente:		Leito:		Data Nasc.:		Prontuário:	
DIETAS		Intervalo		Intervalo		Intervalo	
Via	Volume	ORAL	NUTRICAO	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo
1. DIETA LIVRE	***	ORAL	8 X 8 HORAS	16:00	00:00	08:00	12/06/2019
1. 00 cefalOTina 1g FA ...AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 FR. AMPOLA 1 AMPOLA	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS	12:00	00:00	06:00	12/06/2019
2. NOVALGINA 1G/2ML AMP AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 AMPOLA 20 ML	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS	18:00	00:00	06:00	12/06/2019
3. 00 tramadON 100mg/2ml amp ...SORO FISIOL 0.9% 100ML BOLSA	1 AMPOLA 1 BOLSA	INTRAVENOSA	12 X 12 HORAS	22:00	10:00		
4. ANSENTRON 4MG/2ML AMP AGUA DESTILADA 10ML AMP <i>Se tiver náuseas ou vômitos</i>	1 AMPOLA 10 ML	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS				
5. 00 CLEXANE 40MG SERINGA Obs: FAZER USO HOJE E SUSPENDER	1 SERINGA	SUBCUTANEA	24 X 24 HORAS		00:00		
6. OMEprazol 40mg FA	1 FR. AMPOLA	INTRAVENOSA	24 X 24 HORAS		06:00		
7. CUIDADOS GERAIS	***	***	12 X 12 HORAS	20:00	08:00		
8. SINAIS VITAIS	***	***	12 X 12 HORAS	22:00	10:00		
9. ALTA HOSPITALAR após curativo	***	***	ACM				

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

Enf. (SD):
Tec. Enf. (SD):

Enf. (SN):
Tec. Enf. (SN):

DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
CRM - 19433-PE

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

Alérgico Alta 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

Convênio e Plano:
AMIL/723 AMIL 200 GR.MUNICIPIOS QC

Data Nasc. / Idade:
25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 16 dias

Sexo:
Masculino

Matrícula: 882200364
Data da Prescrição: 11/06/2019

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

ALERGIAS: NAO INFORMADA ALERGIA

Nome do Paciente:

DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
CRM - 19433-PE

Nutrição:

Leito:

Data Nasc.:

Prontuário:

Farmácia:

*Dr. Daniel Barreto de Matos Nobre
CRM - 19433-PE
Otorrinolaringologista*



ESPERANÇA

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

FICHA DE ANESTESIA

Data

Hospital

Acomodação

10.06.19 Esperança Clínica 101

Paciente

Sexo

Etn

Idade

Risco

18.007 Anaíla Tavares 37a 10

Nome do Anestesta

Nome do Cirurgião

18.007 Anaíla Tavares Rinaldo

Medicação Pré-anestesia

Urgência

NÃO

SIM

Cirurgia 10.00. 10.00. 10.00. 10.00.

Horário

07:15h 09:15h 10:15h

O₂ N₂O

Liq

SaO₂ ETCO₂ ECG

240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Alérgico

Drogas Usadas

Quantidade

Dormonil 8mg

Propofol 0,1mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

Propofol 0,05mg

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Nasc: 25/07/1981 - 37,10m16d

Reg: 1797086 - Pront: 000308443

AMIL/723 AMIL 20

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

Matricula: 892200364

Leito: 321B

1797086

Técnica Anestésica

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Propofol + Propofol

Monitorização

BIS

Cardioscópio

Temperatura

Oxímetro

Swan-Ganz

PNI

Analisador Gases

Sonda Vesical

PVC

Capnógrafo

Estimulador de Nervo

Estet. Pré-cordial

Linha Arterial

Outros

Volemia IBP Plus

Encaminhado

Acordado

Sonolento

Intubado

Destino

SRPA

Apart./ Enf.

UTI

Intercorrência:

NÃO

SIM

Descrever:


Observações

Elcio M. Silva
Med. Anest. e Reanim. Intensiva
CPF: 000.000.000-00
CRM: 10000 / C.O.M. - 2231-1

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

Nasc: 25/07/1981 - 37810m16g

Reg: 1797086 - Pront: 000308443

AMIL/723 AMIL 20

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

Matricula: 082200364



Leito: 321B

1797086

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1 PACIENTE EM DECUBITO DO LADO ESQUERDO COM BLOQUEIO DO PLEXO
- 2 ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSEIÇÃO 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 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

Nasc: 25/07/1981 - 37x10x16d

Reg: 1797086 - Pront: 000308443

AMIL/723 AMIL 20

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

Matricula: 882200364

Leito: 321B

1797086

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1 - PACIENTE EM DECUBITO DORSAL E COM BLOQUEIO DO PLEXO
- 2 - ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MJD
- 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
Ortopedia

REDE D'OR SAO LUIZ S.A.
AVENIDA DOUTOR JOSE AUGUSTO MOREIRA, 265 - OLINDA - PE - C.N.P.J.: 06047087001291

REGISTRO DE ENTRADA DE PACIENTE

Nome: RINALDO DELGADO SIQUEIRA
Registro: 1797086
Idade: 38 anos
Endereço: RUA DA FABRICA DE VELAS Nº 3198
Cidade: OLINDA
UF: PE
CEP: 53110590
Telefone: 81986662459
Profissão: OPERADOR DE MAQUI Est. Civil: Solteiro
CPF: 05689312460
Estado: PE
Celular: 81987358313
Sexo: Masculino
Id.: 5818336 SDS

Responsável: MARIA ELISANGELA SILVA DE ANDRAD
Endereço: RUA DA FABRICA DE VELAS
Cidade: OLINDA
UF: PE
CEP: 53110590
Telefone: (81) 985449101
Profissão: TECNICA DE ENFERMAGE
CPF: 038.906.444-06

Convênio: 002/85 AMIL/723 AMIL 200 GR. MUNICIPIOS QC
Carteira: 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
Médico: 019433 DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
Clínica: ORTOPEDIA
Atendimento: CIRURGICO
Observação: AU 1 DIARIA EM ENFE/COM ACOMP + 3 REFEIÇÕES/NAO LIBERAR DESPESAS EXTRAS// HD FRATURA OSSOS PERNA DIREITA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

I - A REDE D'OR SAO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, os médicos do corpo e respectiva equipe estão autorizados a tomar todas as providências necessárias à preservação da minha saúde e vida, inclusive, mas não somente, transfusão de sangue, massagem, transfusão, punção, intervenção cirúrgica, execução do tratamento proposto, internação em terapia intensiva e solicitações 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 SAO 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 / seguro / convênio de saúde.

III - Serão de minha responsabilidade todas as despesas oriundas de eventuais danos materiais causados nas dependências da REDE D'OR SAO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, oriundos 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 SAO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, em virtude de minha internação e dela decorrentes, não autorizadas pelo plano / seguro / convênio de saúde, ou nos casos de atendimento particular, deverão 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 - Optei livremente por acomodação: da qual assumirei o pagamento da diferença e inclusive nos 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 SAO 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 hemodinâmica e no centro cirúrgico. Devendo o referido pagamento ser realizado diretamente aos médicos responsáveis pelo atendimento exceto 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
Nome Legível
REDE D'OR SAO LUIZ S.A.

Recepção: ALSILVA Alta: ____/____/____ Hora: ____:____ Motivo: ____
Atend. Enf.: ____ Data Hora da Impressão: 25/07/2019-10:00



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Nasc: 25/07/1981 - 37.10m13d
Reg: 1797086 - Pront: 000308443
AMIL/723 AMIL 20
Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11
Matricula: 082200364



Leito: B-1A

3213

Paciente: _____ Leito: _____

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
07/06/19 20:15	# História # HD: Exatidão com exame físico Paciente segue estável, sem queixas em exame. Edema reduzido em MIB CS: Exatidão com exame físico Na Doravinda exames que ocorrerão no próximo dia. - Aguarda melhor de exames sendo para Hx prévia - Exame físico estável - Solicito exame lab. prévio. Marta Lima Gomes Oncologista CRP 12340
08/06/19	Onfumação
22:30	Admitido no andar, proveniente de emergência, com sinais vitais, estável, suprindo, afeto variável, sintomas respiratórios espontâneos, AP MSB indolente, sem sinais flogísticos, med. DM+HDS+algias me- dicamentosas, resíduo, pele e mucosa íntegra, CI indolente MT D, diure- se. Remover anormalidades, s/puados SSVV 6/6h, monitorar C.P.M.

Fernanda Prazeres
Coordenadora - ENF



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada

08.06.19

Enfermagem

12:53

Paciente evolui em TCAR, Consciente, orientado, acinético, anictérico, apnéico, troque, eufórico e af. ambiental. Dito por VO! MTD com emalgação. Alvo e USE em PT. 11/06, sem sinais de agitação. Apresentando sinais vitais estáveis. Coliminações psicofarmacológicas espaciais. Segue os ciclos da equipe. Medicação 2PAI. Avaliar anamnese; Verificar SSVU 08/06! ATN nota de queda.

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

08/06/19

CAT

13:31

Epilim Modenob (++++/++++)
Pct evolui em
Bem portado do TC
Sem dor
co: Procedimento seguido
Pacientar cardiologia

Dr. Paulo Roberto N. Nogueira
CRM-PE 1453

RINALDO DELGADO STOUVERA

Idade: 25/07/1981 - 37,10m13d
Reg: 1797086 - Pront: 000308443
MIL/723 AMIL 20
Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11
Matricula: 002200364
Leito: 321B
1797086

Paciente:

RINALDO DEGENNO

Leito: 321 - B

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada

Coniaca / Anestesia

Paciente em FIMM para (D)

S/OUTRA ANESTESIA

PA: 130x80

em UNICOM 10/14

FC: 75/min

sução 15 min

NEEN DM ⊖ WH ⊖ TBG ⊖ ON TUBA / SM ⊖

COBRANÇA HOSPITALAR

ECG Para Suq y FC 75/min

NEEN ANESTESIA

Dr. Carlos Eduardo G. Santos
CRM 16644-RJ

Dr. Carlos Eduardo G. Santos
CRM 16644-RJ

Prisco Concomitante Grau I (BAXO)
após a cirurgia

09/06/19
09:05

#for
Pot evolutiva estavel
Bon perfusão oxig
Edema melhora

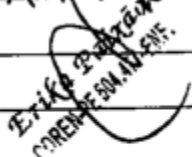

co: Propriedades amarelo 07h
Dex zero 00:00
Sução Placenta

Dr. Daniel Roberto M. Nogueira
CRM - 16432



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
09/06/19	# Enfermagem #
11:55	Paciente acordou em P&H consciente, orientado, acamotado, amiteria normalizada, eupneia, restrito ao leito, ssw estresse. Com AV9 em USE com traço para 2106 com a presença de sinais fisiológicos. Com NTD com imobilização. Ag. cirurgia para 2106 as 07:00, conforme contato tomado com Dr. Daniel Barreto, sendo agendado para as 16h de hoje, e suspensão amarela. Dieta por V.O. E F+ independentes. Paciente segue as ordens da equipe. R- mediar com verificar Sudeb/6h comunicar anormalidades ATT para queda,  ERICKA PATRÍCIA COREN-SP 145.495
10/06/19	# FNT
10/06/19	Pct submetido a tratamento cirúrgico, sem retorno ao RX Control SR
09:57	
	 Dr. Danilo Roberto M. Nogueira Ortopedia - Traumatologia CRM - 19433



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Nome: _____

**Etiqueta
do
paciente**

Data: _____

Hora: _____

Paciente: Renaldo Delgado Leito: 321 B.

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada

13:15

10/06/19

Enfermagem H

Paciente gestora do BC. Evoluindo
EG2. Consciente / Orientado, afébril,
inspúrio, SSVV estáveis. Sem
MSD Mobilizado.
Sem IAP em MSE de sinais flogísticos.
Dieta por VO, EF(+) espontâneas
Paciente segue aos cuidados
da equipe.

Judicar e PM

Apresentar SSVV 6 cal

Chemical Anestesia
des.

11/06/19

#SOT

10:50

Pct evoluindo sem
dor, bom perf. vital, FO satisfatório.
a: Alt. hosp. plm
eufórico
ATB, AINE, Analgésicos
Cep. Paracet.
Retorno 21 dias
Ata fe do
Retorno se prom
Deixa med. com o
Anelido do dia

Carolina Costa
CORENTE 453.113 - ENF

Dr. Danilo Barreto A. Nobre
CRM 154133
Otorrinolaringologista



ESPERANÇA

Paciente:
RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Nome da Mãe:
LUCINEIDE HOLANDA DELGADO

Registro:
1797086

Médico:
CRM - 27474-PE - GABRIELA FELIX DE SOUZA

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

Prontuário:
000308443

Data Nasc. / Idade:
25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 12 dias

Sexo:
Masculino

Matrícula:
882200364

Data da Internação:
07/06/2019

Leito do Paciente:
321B



Peso do Paciente:
kg

Data da Prescrição:
07/06/2019

ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA

Nome do Paciente: _____ Leito: _____ Data Nasc.: _____ Prontuário: _____

DIETAS Volume Intervalo Nutrição

1. DIETA LIVRE *** 07/06/2019

MEDICAMENTOS Dose Via Intervalo

1. NOVALGINA 1G/2ML AMP ...AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 AMPOLA 20 ML	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS	08/06/2019
2. tramadon 100mg/2ml amp ...SORO FISIOL 0.9% 100ML BOLSA	1 AMPOLA 1 BOLSA	INTRAVENOSA	12 X 12 HORAS	06:00 12:00
3. ANSENTRON 4MG/2ML AMP ...AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 AMPOLA 10 ML	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS	10:00
4. OMEprazol 40mg FA	1 FR. AMPOLA	INTRAVENOSA	24 X 24 HORAS	06:00

CUIDADOS Intervalo 07/06/2019

1. CUIDADOS GERAIS	***	***	12 X 12 HORAS	08:00
2. SINAIS VITAIS	***	***	12 X 12 HORAS	10:00

Olinda, 07 de Junho de 2019, 21:47:29

Manilla Lima Gomes
Farmácia
CRM - 23540

GABRIELA FELIX DE SOUZA
CRM - 27474-PE

Ana Vanessa Farias
Farmácia
CRM - 201418

Enf. (SD):
Tec. Enf. (SD):

Enf. (SN):
Tec. Enf. (SN):

Nutrição:

Farmácia:

Handwritten signatures

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 15 dias
Matrícula:
 882200364
Data da Prescrição:
 10/06/2019

Convênio e Plano:
 AMIL723 AMIL 200 GR. MUNICIPIOS QC
Leito do Paciente:
 321B

Nome do Paciente:
 RINALDO DELGADO SIQUEIRA
Prontuário:
 1797086

ESPERANÇA
 O L I N D A

ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA

Nome do Paciente:	Leito:	Data Nasc.:	Prontuário:
RINALDO DELGADO SIQUEIRA		10/06/2019	1797086
DIETAS	Via	Intervalo	10/06/2019
1. DIETA LIVRE	***	NUTRICAÇÃO	10/06/2019
DIETA BRANDA	ORAL	8 X 8 HORAS	10:00 12:00 16:00 18:00 20:00 22:00
MEDICAMENTOS	Via	Intervalo	10/06/2019
1. cefalOTina 1g FA ...AGUA DESTILADA 10ML AMP	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS	12:00 18:00 22:00
2. NOVALGina 1g/2ml AMP AGUA DESTILADA 10ML AMP	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS	10:00 16:00 20:00 22:00
3. tramadol 100mg/2ml amp ...SORO FISIOL 0.9% 100ML BOLSA	INTRAVENOSA	12 X 12 HORAS	10:00 22:00
4. ANSETRON 4MG/2ML AMP AGUA DESTILADA 10ML AMP	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS	10:00 18:00 22:00
5. CLEXANE 40MG SERINGA Obs: FAZER USO HOJE E SUSPENDER	SUBCUTANEA	24 X 24 HORAS	08:00
6. Omeprazol 40mg FA	INTRAVENOSA	24 X 24 HORAS	08:00
CUIDADOS	Intervalo	10/06/2019	
1. CUIDADOS GERAIS	12 X 12 HORAS	20:00	08:00
SINAIS VITAIS	12 X 12 HORAS	10:00	10:00

Oilinda, 10 de Junho de 2019, 09:57:16

DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
 CRM - 19433-PE
 Nutrição:

Enf. (SD):
Tec. Enf. (SD):

Enf. (SN):
Tec. Enf. (SN):
Farmácia:

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

1797086

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

Sexo:
Masculino

Data Nasc. / Idade:
25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 15 dias
Matrícula:
882200364
Data da Prescrição:
10/06/2019

Paciente: **RINALDO DELGADO SIQUEIRA**

Nome da Mãe:
LUCINEIDE HOLANDA DELGADO

Registro:
1797086

Prontuário:
000308443

Convênio e Plano:
AMIL/723 AMIL 200 GR. MUNICIPIOS QC

Médico:
CRM - 19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE



ESPERANÇA
O L N D A

ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA

Nome do Paciente:

Leito:

Data Nasc.:

Prontuário:

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



ESPERANÇA
CLÍNICA

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

Convênio e Plano:
AMIL723 AMIL 200 GR. MUNICIPIOS QC
Data Nasc. / Idade:
25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 16 dias
Matrícula:
882200364
Data da Prescrição:
11/06/2019

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

ALERGIAS: NÃO INFORMADA A ALERGIA

Nome do Paciente:		Leito:		Data Nasc.:		Prontuário:	
DIETAS		Intervalo		11/06/2019		12/06/2019	
1. DIETA LIVRE							
DIETA BRANDA	***	ORAL	8 X 8 HORAS	16:00	00:00	08:00	
Obs: Após efeito anestésico							
MEDICAMENTOS		Intervalo		11/06/2019		12/06/2019	
1. cefalOTina 1g FA ...AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 FR. AMPOLA 1 AMPOLA	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS	12:00	00:00	06:00	12:00
NOVALGINA 1G/2ML AMP AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 AMPOLA 20 ML	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS	12:00	00:00	06:00	12:00
3. tramadON 100mg/2ml amp ...SORO FISIOL 0.9% 100ML BOLSA	1 AMPOLA 1 BOLSA	INTRAVENOSA	12 X 12 HORAS	22:00	10:00		
ANSENTRON 4MG/2ML AMP AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 AMPOLA 10 ML	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS				
Obs: Se náuseas ou vômitos							
5. CLEXANE 40MG SERINGA Obs: FAZER USO HOJE E SUSPENDER	1 SERINGA	SUBCUTANEA	24 X 24 HORAS		00:00		
OMEprazol 40mg FA	1 FR. AMPOLA	INTRAVENOSA	24 X 24 HORAS		06:00		
CUIDADOS GERAIS		Intervalo		11/06/2019		12/06/2019	
1. CUIDADOS GERAIS	***	***	12 X 12 HORAS	20:00	08:00		
SINAIS VITAIS			12 X 12 HORAS	22:00	10:00		
3. ALTA HOSPITALAR após curativo	***	***	ACM				

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

Enf. (SN):
Tec. Enf. (SD):
Enf. (SN):
Tec. Enf. (SN):

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

Alérgico Alta Vigilância Uso Restrito Controlado Antimicrobiano

DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
CRM - 19433-PE
Obs: Não esquecer de fazer curativo



Paciente:
RINALDO DELGADO SIQUEIRA

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

Convênio e Plano:
AMIL/723 AMIL 200 GR.MUNICIPIOS QC

Data Nasc. / Idade:
25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 16 dias

Sexo:
Masculino

Matrícula: 882200364
Data da Prescrição: 11/06/2019

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

ALERGIAS: NAO INFORMADA ALERGIA

Nome do Paciente:

DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
CRM - 19433-PE

Nutrição:

Leito:

Data Nasc.:

Prontuário:

Farmácia:

*Dr. Daniel Barreto de Matos Nobre
CRM 19433-PE
Otorrinolaringologista*



ESPERANÇA

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

FICHA DE ANESTESIA

Data

Hospital

Acomodação

10.06.19 Esperança Clínica 101

Paciente

Sexo

Cor

Idade

Risco

F 10/06/19 37a 10

CRM Nome do Anestesta

Nome do Cirurgião

18.007 Amália Tavares Rinaldo

Medicação Pré-anestesia

Urgência

☐ NÃO

☒ SIM

Cirurgia

tro cir. fust. litia direita.

Horário

07:15h 09:15h 10:15h

O₂ N₂O

Liq

SaO₂ ETCO₂ ECG

240 220 200 180 160 140 120 100 80 40 20

Alérgico

ASA II

Encaminhado

Intubado

Destino

SRPA

Apart./ Enf.

UTI

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Nasc: 25/07/1981 - 37,10m16d

Reg: 1797086 - Pront: 000308443

AMIL/723 AMIL 20

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

Matricula: 892200364

Leito: 321B

1797086

Técnica Anestésica

sedação + Propofol

periférica. Pele um

faixa, punção para

medicação, 0,1mg/kg

Propofol 266

mg/kg, hero e furo

semic, 1/1 interest

venoso

Monitorização

☒ Cardioscópio

☒ Oxímetro

☒ PNI

☐ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Estet. Pré-cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apart./ Enf.

☐ UTI

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações

Elcio M. Silva
Médico
CPF: 02.373.10
CRM: 22311

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - FAVARES RUIR

EC-3

NOESCAR JUREIRO

Rinaldo Delgado Siqueira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.818.336

DATA DE EXPEDIÇÃO 03/04/2014

NOME << RINALDO DELGADO SIQUEIRA >>

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

NATURALIDADE RECIFE - PE

DOC. ORIGEM << CN-34276 L30A F82 CART OLINDA PE

26.07.1982 >>

DATA DE NASCIMENTO 25/07/1981

CPM 056.893.124-60

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Cartório
CARLOS MARINHO
1ª. Ofício de Notas, RI e RVDI de Olinda/PE

R. Cel. Henrique Guimarães, 17 Bairro Novo-Olinda PE
CEP 53010-100 - Fone: 81 3011.7800 - Fax: 81 3011.7802
atendimento@cartoriocarlosmarinho.com.br

Autentico a presente cópia que é a reprodução fiel do original que me foi exibido em 08/01/2020 às 08:54:07, dou fé. Em test. da verdade.

Escritor autorizado: GILVANIA DEOLINDA DA SILVA. EMOL. 3,17, TSNR.0,70, FERC.0,35, FERM 0,04, FUNSEG 0,07 TOTAL 4,33. Consulte a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital.



Relo: 0073452.DUW12201803.03148

Cartório
CARLOS MARINHO
1ª. Ofício de Notas, RI e RVDI de Olinda/PE

R. Cel. Henrique Guimarães, 17 Bairro Novo-Olinda PE
CEP 53010-100 - Fone: 81 3011.7800 - Fax: 81 3011.7802
atendimento@cartoriocarlosmarinho.com.br

Autentico a presente cópia que é a reprodução fiel do original que me foi exibido em 08/01/2020 às 08:54:07, dou fé. Em test. da verdade.

Escritor autorizado: GILVANIA DEOLINDA DA SILVA. EMOL. 3,17, TSNR.0,70, FERC.0,35, FERM 0,04, FUNSEG 0,07 TOTAL 4,33. Consulte a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital.



Relo: 0073452.CKN12201803.03148



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 POLICIA DA 024A. CIRCUNSCRICAO - VARADOURO
Ofício nº. 018 / 2019 Data 27 / 11 / 2019
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 06:37 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: 5818336**, 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 retornar 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.



**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^(a). EVELINE DE FÁTIMA CATÃO MONTEIRO - CRM 16313.



Polícia Científica
SDS-PE

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.

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



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 / 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, retorna 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 hiperocrômica, 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 de 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^º. SAULO PADILHA VILELA - CRM 10960.



Polícia Científica
SDS-PE

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.

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



Seguro

DPVAT

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. N.º 14, 15 - JARDIM			
CEP: 20011-904		RIO DE JANEIRO/RJ		UF / State	PAÍS / Country
				RJ	BRASIL

ATENDIMENTO





Seguradora Líder

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

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

ATENDIMENTO



REMETENTE / Serviço		TELEFONE / Phone Number	
<p><i>Piscicultura DelgadadeLiquinha</i> ENDEREÇO / Address</p>			
Rue. Fabrica de Vela, BAIRRO SALGADINHO N.º 90 A			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAIS / Country
53110590	Goiania	GO	BRASIL



"RECYCLAR MATERIAIS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



PROBAG
BRASIL
TAC (011) 3204-3000

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)	
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALCIDO (Deceased)		
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)		
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)		
<input type="checkbox"/> NÃO PROCLAMADO (Undelivered)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Other)		
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)			
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)			
1° / 2° / 3° / 4° / 5° / 6° / 7° / 8° / 9° / 10°			
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager) <input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em ___/___/___ (Reintegrated to service post)			
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

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 07/06/2019

Titular do CPF: RINALDO DELGADO SIQUEIRA

CPF de: Próprio

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