

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



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



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



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 delgado Siqueira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

6 - CPF:

056893124-60

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

901

10 - Complemento:

OP. DE MAQUINAS

Rua Fabreca de Vila

PE

35000 - 000

11 - Bairro:

12 - Cidade:

Safadinho

OLIMPO

13 - Estado:

14 - CEP:

35000 - 000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ºCIRC
DIM/7ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0114006807

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **7/6/2019** no periodo 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 PÚBLICA**

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"/> Falacioso
<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Informação escrita pelo portador/síndico
<input type="checkbox"/> Recusado	
Retirado no serviço postal em	Vinte de Responsável



REMETENTE - DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO	
SSA AV. DOUTOR HEITOR JOSÉ REALI, 360 13571-385 SÃO CARLOS - SP	



53614

MEP/PT



R. Cel. Henrique Guinartes, 17 Bairro Novo - Olinda PE
CEP 51010-100 - Fone: 81 3011.7800 - Fax: 81 3011.7802
atendimentocarlosmarinhodecorreios.com.br



PREFEITURA DA CIDADE DO PAULISTA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



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 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
Name: 25/07/1981 - 37810m16d
Reg: 1797086 - Pront: 000308443
AMIL / 23 AMIL 20
Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11
Matrícula: 882200364

Leito: 321B
1797086

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

- 1 PACIENTE EM DECUBITO DIREITO 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 EXAUVESTIVA COM SF
- 9 - SUTURA POR PLANOS
- 10 - CURATIVO TIPO JONES

Dr. Daniel Barreto
Cirurgião
CRM-PE
000308443

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 PERNAS DIR

CIRURGIA:

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

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

O MESMO

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA:

EXAME RADIODIAGNÓSTICO: SIM

ACIDENTE DURANTE A CIRURGIA: NAO

RINALDO DELGADO SIQUEIRA
Nasc: 25/07/1981 - 37h10m16d
Reg: 1797086 - Pront: 000308443
AMIL/723 AMIL 20
Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11
Matrícula: 662200364

Leito: 3218
1797086

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1 PACIENTE EM DECUBITO DORSAL E COM BLOQUEIO DO PLEXO
- 2 ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MJ
- 3 INCISAO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO DIR
- 4- ARTROTOMIA DO JOELHO DIR + PASSAGEM DE FIO GUIA ROSQUEADO + CONTROLE COM ESCOPA
- 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 ESCOPA
- 8 - LIMPEZA EXAUXTIVA COM SF
- 9 - SUTURA POR PLANOS
- 10 - CURATIVO TIPO JONES

Dr. Daniel Barreto
Cirurgião
07/06/2019

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
 Nascimento:25/07/1981 38 anos
 Endereço...:RUA DA FÁBRICA DE VELAS N° 3198
 Bairro:...:SALGADINHO Cidade:OLINDA Estado:PE
 NIF:53110590 Telefone...:81986662459 Celular: 81987358313
 Profissão.:OPERADOR DE MAQUI Est.Civil.:Solteiro Sexo:Masculino
 Natural de.:RECIFE CPF:05689312460 Id.:5818336 SDS

Responsável:MARIA ELISANGELA SILVA DE ANDRADE
 Endereço:RUA DA FÁBRICA 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/SS AMIL/723 AMIL 200 GR.MUNICÍPIOS QC

Matrícula...:882200364
 Período....:201900273362 Guia:43016132 Validação:08/06/2019
 Abertura p/Acompanhante [] Sim [] Nao Acomodação [] Enf [] Apto [] Suite

Admissão...:07/06/2019,21:11h Previsão de Alta: 08/06/2019,10:00h
 Paciente...:019433 DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE Clínica....: ORTOPEDIA
 Atendimento: CIRÚRGICO
 Observação.:AU 1 DIARIA EM ENFE/COM ACOMP + 3 REFEIÇÕES/NAO LIBERAR DESPESAS EXTRAS// HD FRATURA OSSOS PERNAS 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 tomar em todas as providências necessárias à preservação da minha saúde e vida, inclusive, mas não somente, transfusão de sangue, mesanquíneo, 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 SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, estando ciente de que estão incluídas nesta autorização, todas as despesas resultantes de exames e ao 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 SÃO 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 SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, em virtude de minha internação e deles decorrentes, não autorizadas pelo plano / seguro / convênio de saúde, ou nos casos de atendimento particular, levarão ser realizadas junto ao hospital, no prazo máximo de até 3 (três) dias úteis após o contato do setor de contas a receber, que ficará 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 SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda.

VIII - Estou ciente de que na fatura emitida por este hospital não estarão inclusos 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 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 posso 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:AL SILVA Alta: ____/____/____ Hora: ____:____ Motivo: _____

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

Testo Enf.: _____



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Nasc: 25/07/1981 - 37a10m13d
Reg: 1797086 - Print: 000308443
AMIL/723 AMIL 20
Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11
Matrícula: 882200364

Paciente: _____ Leito: _____

Leito-

Leito: F-18

321B

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
07/06/19 20:15	# Notópolis # HD: Fazendeiro com 70 anos Problema: reage etílico, com queixa de exame. Exames realizados em HD: - Cx: testes com resultado com Dr. David Bandeira que determinou se etílico. - Aguardando resultado de Vales Vales sobre o paciente - Teste Toss e etílico - Síndrome da boca seca - ep.
08/06/19	Oncopneumologia
22/06/19	22/06/19: paciente no andar, procedente de emergência, consciente, orientado, expiração, expectorar, aritmotonia, distribuição respiratória espontânea, SVP MSG indeterminado, sem sinais flogísticos, nlg e DM+HBS+alergia me- diante teste resultou, ptx e microscopia indireta, CI suspeita de MJD, clínica ④. Comissão anamnótica: Audiodes SSVV 6/6h, audiodes C-P-M.
	Fernanda Prazeres COBRAPE 420566 - ENF



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

RJNAL DO DEPARTAMENTO STOCHEIRA

Nasc: 25/07/1981 - 37,10m13d
 Reg: 1797086 - Pront: 000308443
 AMIL/723 AMIL 20
 Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11
 Matrícula: 882200364

Leito: 321B
 1797086

Paciente: Raimundo Degmno Leito: 321 - B

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
	<u>Conexão / Anexo</u>
08	PAT - op FMI na prima (D) esgotada com urgência
06	PA: 130x80
11	RR: 18/min FC: 75/min
	NEUR DM (-) VIT (-) TBC (-) ON TUMOR / SMC (-)
	ECC Pm Sux FC-75/min
	NEEM normal
	Disco Convalesc Cerv & (BAIXO) após a cirurgia
09/06/19 09:45	#far Pct evolução estabil Boa perfuração Pdente melhor Co: propriedades amianto 07 h Dep zero 00:00 SUS profundo flúor.
	09/06/19 M. Nogueira CRM: 16432

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
09/06/19 11:55	# Enfermeiro(a) Paciente evolui com EGH com evolução Orientado, comunicativo, ansioso marmoleado, eupneico. restrito ao leito, sem estreis. Com AVF em UGE com traço para 2106 sem a presença de níveis flogísticos. Com MTD com imobilização. Cig. cirurgica para 10/06 as 07:00, conforme contato tomado com Dr. Daniel Barreto, sendo aprovado tratamento para as 16hs de neg. e suspensão ambulatória. Dieta por v.o. e FGT dependentes. Paciente segue os cuidados da equipe. Rx-médico c/IN Verifica SLE de 6/6hs Comunica anomalias AGT para quedas.
10/06/19	Erika P. de Araújo CIRENE S.M. ALVES
10/06/19	Henry
09/07	Fct suboncolops 2 infarto cerebral, hemorragia com retrograda ex: RX Confelli SP
	Dr. Daniel M. Alves Cirurgia Traumatologica 02-1933

Nome:

Etiqueta

Data:

Hora:

*do paciente*Paciente: Juanalice Melgaco Leito: 321 B.

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada

13/15

Evolução

10/06/19

Paciente geradora de Be. Evolução
 EG 2. Consciente / Orientado, afibril,
 hipotônico; SNC estáveis. Foco
 MSO immobilizado.

Recomendação em MS E SI fármacos fle
 gísticos.

Lista PRV VO, EFC(+) espontâneas

Paciente segue aos cuidados
 da equipe:

Judiciar e PM

Apurar SNC e fatores

Gênero: feminino. Alergias: des.

11/06/19

#SOT

10:50

Pct envelheceu seu
 dor, dor periférica, mialgia, dor sacro-pélvica.

Os: alto, dor no fêmur

extremidades

ATB, ATNE, artrose

Cervicalgia, dor lombar.

Retorno 21 dias

Até fez

Retorno se pronunciou

Deixou medicação

Ajuda 30 dias

02/06/2019 - 10:50
 OAB/UFSCAR - Término de Atendimento

11



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
13.06.19 13:50	<p style="text-align: center;"># Enfermeira</p> <p>Paciente evoluí bem clínica mente. Curotice aeração em NID utilizou; O2 oxigênio; O2 por de lata estéril; micropar; O2 5% 10ml.</p> <p>Segue da alta hospitalar</p> <p style="text-align: center;">Aline M. A. de Mendonça COPT 478-ENF</p>

**RINALDO DELGADO SIQUEIRA**

Paciente:

Nome da Mãe:

LUCINEIDE HOLANDA DELGADO

Prontuário:

000308443

Registro:

1797086

Medico:

CRM - 19433-PE

CRM - 19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Data Nasc. / Idade:

25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 14 dias

Convênio e Plano:

AMIL/T23 AMIL 200 GR. MUNICIPIOS QC

Matrícula:

882200364

Data da Prescrição:

09/06/2019

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Data Nasc. / Idade:

25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 14 dias

Convênio e Plano:

AMIL/T23 AMIL 200 GR. MUNICIPIOS QC

Matrícula:

882200364

Data da Prescrição:

09/06/2019

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Sexo:

Masculino

Peso do Paciente:

kg

Data da Internação:

07/06/2019



ESPERANÇA

O N D A

ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA

Paciente:
RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Nome da Mae:

LUCINEIDE HOLANDA DELGADO

Convenio e Plano:

AMIL723 AMIL 200 GR. MUNICÍPIOS QC

Data Nasc. / Idade:

25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 15 dias

Peso do Paciente:

80 Kg

Data da Internação:

07/06/2019

Leito do Paciente:

321B

Matrícula:

882200364

Data da Prescrição:

10/06/2019

Prontuário:

000308443

CRM:

19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Registro:

1797086

Médico:

DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Nome do Paciente:

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Sexo:

Masculino

Peso:

80 Kg

Altura:

175 cm

Idade:

37 anos

Matrícula:

882200364

Data da Prescrição:

10/06/2019

Leito:

321B

Prontuário:

000308443

CRM:

19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Registro:

1797086

Médico:

DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Nome do Paciente:

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Sexo:

Masculino

Peso:

80 Kg

Altura:

175 cm

Idade:

37 anos

Matrícula:

882200364

Data da Prescrição:

10/06/2019

Leito:

321B

Prontuário:

000308443

CRM:

19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Registro:

1797086

Médico:

DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Nome do Paciente:

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Sexo:

Masculino

Peso:

80 Kg

Altura:

175 cm

Idade:

37 anos

Matrícula:

882200364

Data da Prescrição:

10/06/2019

Leito:

321B

Prontuário:

000308443

CRM:

19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Registro:

1797086

Médico:

DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Nome do Paciente:

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Sexo:

Masculino

Peso:

80 Kg

Altura:

175 cm

Idade:

37 anos

Matrícula:

882200364

Data da Prescrição:

10/06/2019

Leito:

321B

Prontuário:

000308443

CRM:

19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Registro:

1797086

Médico:

DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Nome do Paciente:

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Sexo:

Masculino

Peso:

80 Kg

Altura:

175 cm

Idade:

37 anos

Matrícula:

882200364

Data da Prescrição:

10/06/2019

Leito:

321B

Prontuário:

000308443

CRM:

19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Registro:

1797086

Médico:

DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Nome do Paciente:

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Sexo:

Masculino

Peso:

80 Kg

Altura:

175 cm

Idade:

37 anos

Matrícula:

882200364

Data da Prescrição:

10/06/2019

Leito:

321B

Prontuário:

000308443

CRM:

19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Registro:

1797086

Médico:

DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Nome do Paciente:

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Sexo:

Masculino

Peso:

80 Kg

Altura:

175 cm

Idade:

37 anos

Matrícula:

882200364

Data da Prescrição:

10/06/2019

Leito:

321B

Prontuário:

000308443

CRM:

19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Registro:

1797086

Médico:

DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Nome do Paciente:

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Sexo:

Masculino

Peso:

80 Kg

Altura:

175 cm

Idade:

37 anos

Matrícula:

882200364

Data da Prescrição:

10/06/2019

Leito:

321B

Prontuário:

000308443

CRM:

19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Registro:

1797086

Médico:

DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Nome do Paciente:

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Sexo:

Masculino

Peso:

80 Kg

Altura:

175 cm

Idade:

37 anos

Matrícula:

882200364

Data da Prescrição:

10/06/2019

Leito:

321B

Prontuário:

000308443

CRM:

19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Registro:

1797086

Médico:

DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Nome do Paciente:

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Sexo:

Masculino

Peso:

80 Kg

Altura:

175 cm

Idade:

37 anos

Matrícula:

882200364

Data da Prescrição:

10/06/2019

Leito:

321B

Prontuário:

000308443

CRM:

19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Registro:

1797086

Médico:

DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Nome do Paciente:

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Sexo:

Masculino

Peso:

80 Kg

Altura:

175 cm

Idade:

37 anos

Matrícula:

882200364

Data da Prescrição:

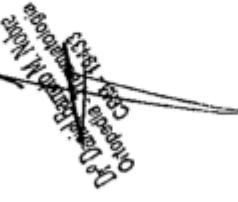
10/06/2019

Leito:

 RINALDO DELGADO SIQUEIRA Nome da Mae: LUCINEIDE HOLANDA DELGADO Registro: 1797086 Medico: CRM - 19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE ALERGIAS: NAO INFORMADA ALERGIA A ALIMENTOS		Sexo: Masculino Data Nasc. / Idade: 25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 16 dias Matricula: 882200364 Data da Prescrição: 11/06/2019	Peso do Paciente: 80 kg Data da Internação: 07/06/2019 Leito do Paciente: 3218
DIETAS: DIETA LIVRE Obs: Após desfecho anestésico			
MEDICAMENTOS: 1. cefalOTina 1g FA ...AGUA DESTILADA 10ML AMP NOVALGINA 1G/2ML AMP AGUA DESTILADA 10ML AMP			
3. tramadON 100mg/2ml amp ...SORO FISIOL 0.9% 100ML BOLSA ANSENTRON 1MG/2ML AMP AGUA DESTILADA 10ML AMP Se necessario, pode-se usar SORO FISIOL 100ML BOLSA			
5. CLEXANE 40MG SERINGA Obs: FAZER USO HOJE E SUSPENDER CLOMEprazol 40mg FA			
CUIDADOS: 1. CUIDADOS GERAIS SINAS VITais			
3. ALTA HOSPITALAR após curativo			
Data da Prescrição: 11/06/2019 10:54:22			

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

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

 RINALDO DELGADO SIQUEIRA Paciente: Nome da Mae: LUCINEIDE HOLANDA DELGADO Prontuario: 000308443 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 Peso do Paciente: 80 kg Matricula: 882200364 Data da Internação: 07/06/2019 Leito do Paciente: 321B
ALERGIAS NAO INFORMADA ALERGIA		
Nome do Paciente: <hr/> DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE CRM - 19433-PE		
Nutrição: <hr/> <div style="text-align: center;">  </div>		

Nome do Paciente:

DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
 CRM - 19433-PE

Data Nasc.:

 Leito:

 Data Nasc.:

 Farmácia:

 Prontuário:



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, ENF.

Sexo

F

Idade

37

Risco

T

Paciente

CRM

Medicação Pré-anestesia

Nome do Anestesista

Nome do Cirurgião

Urgência

 NÃO SIM

Cirurgia

Horário

09:15h

10:55h

O₂N₂O

Liq.

SaO₂ETCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

Anotações

Alergias

(1)

AG+

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Nasc: 25/07/1981 - 37,010m16d
Reg: 1797086 - Pront: 000308443
AMIL/723 AMIL 20
Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11
Matrícula: 882200364

Leito: 321B
1797086

Drogas Usadas

Quantidade

Domperidol 8mg
Metformin 0,1mg
Metformin 0,57 11mg
Levofloxacina 250
Dexametasona 10mg
Toradol 100
Musculocur 1mg
Tenoxicam 20mg

Técnica Anestésica

Seclorane + Rapacil
nestesic. Pcl se
facl, funçao para
medicis, e apneia
functi 260,
az-ti, herc e fun
sejico, 11 intere
necis

Monitorização	<input type="checkbox"/> BIS
<input checked="" type="checkbox"/> Cardioscópio	<input type="checkbox"/> Temperatura
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Swan-Ganz
<input checked="" type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> Analisador Gases
<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> PVC
<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo
<input type="checkbox"/> Estet. Pré-cordial	<input type="checkbox"/> Linha Arterial
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Volemia IBP Plus

Encaminhado	<input checked="" type="checkbox"/> Acordado
	<input type="checkbox"/> Sonolento
	<input type="checkbox"/> Intubado
	<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo
	<input type="checkbox"/> SRPA
	<input type="checkbox"/> Apart./ Enf.
	<input type="checkbox"/> UTI

Intercorrência: NÃO SIM

Descrever:

Observações

Lec. M. 2019-06-07
Medico: Dr. J. C. da C.
Op. 1797086
Ass. 2019-06-07
CRUZ



PREFEITURA DA CIDADE DO PAULISTA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



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 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
Name: 25/07/1981 - 37810m16d
Reg: 1797086 - Pront: 000308443
AMIL / 23 AMIL 20
Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11
Matrícula: 882200364

Leito: 321B
1797086

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

- 1 PACIENTE EM DECUBITO DIREITO 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 EXAUVESTIVA COM SF
- 9 - SUTURA POR PLANOS
- 10 - CURATIVO TIPO JONES

Dr. Daniel Barreto
Cirurgião
CRM-PE
000308443

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 PERNAS DIR

CIRURGIA:

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

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

O MESMO

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA:

EXAME RADIODIAGNÓSTICO: SIM

ACIDENTE DURANTE A CIRURGIA: NAO

RINALDO DELGADO SIQUEIRA
Nasc: 25/07/1981 - 37h10m16d
Reg: 1797086 - Pront: 000308443
AMIL/723 AMIL 20
Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11
Matrícula: 662200364

Leito: 3218
1797086

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1 PACIENTE EM DECUBITO DORSAL E COM BLOQUEIO DO PLEXO
- 2 ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MJ
- 3 INCISAO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO DIR
- 4- ARTROTOMIA DO JOELHO DIR + PASSAGEM DE FIO GUIA ROSQUEADO + CONTROLE COM ESCOPA
- 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 ESCOPA
- 8 - LIMPEZA EXAUXTIVA COM SF
- 9 - SUTURA POR PLANOS
- 10 - CURATIVO TIPO JONES

Dr. Daniel Barreto
Cirurgião
07/06/2019

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
 Nascimento:25/07/1981 38 anos
 Endereço...:RUA DA FÁBRICA DE VELAS N° 3198
 Bairro:...:SALGADINHO Cidade:OLINDA Estado:PE
 NIF:53110590 Telefone...:81986662459 Celular: 81987358313
 Profissão.:OPERADOR DE MAQUI Est.Civil.:Solteiro Sexo:Masculino
 Natural de.:RECIFE CPF:05689312460 Id.:5818336 SDS

Responsável:MARIA ELISANGELA SILVA DE ANDRADE
 Endereço:RUA DA FÁBRICA 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/SS AMIL/723 AMIL 200 GR.MUNICÍPIOS QC

Matrícula...:882200364
 Período....:201900273362 Guia:43016132 Validação:08/06/2019
 Abertura p/Acompanhante [] Sim [] Nao Acomodação [] Enf [] Apto [] Suite

Admissão...:07/06/2019,21:11h Previsão de Alta: 08/06/2019,10:00h
 Paciente...:019433 DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE Clínica....: ORTOPEDIA
 Atendimento: CIRÚRGICO
 Observação.:AU 1 DIARIA EM ENFE/COM ACOMP + 3 REFEIÇÕES/NAO LIBERAR DESPESAS EXTRAS// HD FRATURA OSSOS PERNAS 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 tomar em todas as providências necessárias à preservação da minha saúde e vida, inclusive, mas não somente, transfusão de sangue, mesanquíneo, 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 SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, estando ciente de que estão incluídas nesta autorização, todas as despesas resultantes de exames e/ou 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 SÃO 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 SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, em virtude de minha internação e deles decorrentes, não autorizadas pelo plano / seguro / convênio de saúde, ou nos casos de atendimento particular, levarão ser realizadas junto ao hospital, no prazo máximo de até 3 (três) dias úteis após o contato do setor de contas a receber, que ficará 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 SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda.

VIII - Estou ciente de que na fatura emitida por este hospital não estarão inclusos 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 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 posso 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:AL SILVA Alta: ____/____/____ Hora: ____:____ Motivo: _____

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

Testo Enf.: _____



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Nasc: 25/07/1981 - 37a10m13d
Reg: 1797086 - Print: 000308443
AMIL/723 AMIL 20
Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11
Matrícula: 882200364

Paciente: _____ Leito: _____

Leito-

Leito: F-18

321B

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
07/06/19 20:15	# Notópolis # HD: Fazendeiro com 70 anos Problema: reage estéril, sem querer fazer exame. Eduno restando seu HD Dr. David Bandeira que assumiu o paciente. - Aguarda resultado de exames - Fazendo todos os exames - Sobreveio febre alta, pré-op.
08/06/19	Oncopneumonia
22/06/19	22/06/19 admitido no andar, procedente de emergência, consciente, orientado, expedito, afetivo, alegre e satisfeito, demonstrou respiração expiratória, SVP MSG indolor/sem dor, flogosicos, nlg e DM+HBS+alergia me- diamente suscita, pulmões níveis normais, CI normalizado MJ D, diurese ++. Comissão anamnótica: Audições SSVV 6/6h, motricidade C-P-M.
	Fernanda Prazeres COAPPE 420566 - ENF



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS



ESPERANÇA

Evolução Clínica

RJNAL DO DEPARTAMENTO STOCHEIRA

Nasc: 25/07/1981 - 37,10m13d
Reg: 1797086 - Pront: 000308443
AMIL/723 AMIL 20
Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11
Matrícula: 882200364

Leito: 321B
1797086

Paciente:

Ronaldo Degm

Leito: 321 - B

Leito: 321B

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada

Conexão / Anexo

~~08~~ P_{AT}-op Fmam prima (D)
Sjoutxi combranc

~~06~~

PA: 130x80

~~19~~

n nuc (M) M/TA
su nra n fm

FC: 75/^r

Nelas DM () M () TBC () ou tanta / sm ()



ECC Am Sur y FC-75/^r van

NEEM simbol

~~08~~ Risco Coronário Grav + (BAIXO)
após a canecis

Dr. Carlos Eduardo G. Santos
Cardiologista Intervencionista
CRM: 165644-R

09/06/19

#far

09:45

Per evolução estabil
Boa perfuração

Balanço melhora

Co. proposta amanha 07h

Dep zero 00:00

Suporte clínico

09/06/2019 M. Nogueira
CRM: 16432

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
09/06/19 11:55	# Enfermeiro(a) Paciente evolui com EGH com evolução Orientado, comunicativo, ansioso marmoleado, eupneico. Restrito ao leito, sem estreis. Com AVF em UGE com traço para 21/06 sem a presença de níveis flogísticos. Com MTD com imobilização. Cig. cirurgica para 10/06 as 07:00, conforme contato tomado com Dr. Daniel Barreto, sendo aprovado tratamento para as 16hs de neg. e suspensão ambulatória. Dieta por v.o. e FGT dependentes. Paciente segue os cuidados da equipe. Rx-médico c/IN Verifica SLE de 16hs Comunica anomalias AGT para quedas.
10/06/19	Erika P. de Araújo CIRENE S.M. ALVES
10/06/19	Henry
09/07	Fct suboncolops 2 infarto cerebral, hemorragia com retrograda ex: RX Confelli SP
	Dr. Daniel M. Alves Cirurgia Traumatologica 02-1933

Nome:

Etiqueta

Data:

Hora:

*do paciente*Paciente: Juanalice Melgaco Leito: 321 B.

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada

13/15

Evolução

10/06/19

Paciente geradora de Be. Evolução
 EG 2. Consciente / Orientado, afibril,
 hipotônico; SNC estáveis. Frenos
 MS) Imobilizado.

Recomendação em MS E SI fármacos fle
 gísticos.

Lista PRV VO, EFC(+) espontâneas

Paciente segue aos cuidados
 da equipe:

Judiciar e PM

Apurar SNC e GMS

Gênero: Feminino. Alergias: des.

11/06/19

#SOT

10:50

Pct envelheceu seu
 dor, dor periférica, mialgia, dor sacro-iliaca.

QD: alto, dor no fêmur

extremidades

ATB, ATNE, artrose

Cervicalgia, dor lombar.

Retorno 21 dias

Até fez

Retorno se pronunciou

Deixou medicação

Ajuda 30 dias

02/06/2019 - 10:50
 OAB/UFSCAR - Término de Atendimento

11



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
13.06.19 13:50	<p style="text-align: center;"># Enfermeira</p> <p>Paciente evoluí hemodiluição. menti. Cestice avermelhado em MIO utilizou; O2 oxigênio; O2 por de lata estéril; micropar; O2 5% 8,9% 20ml.</p> <p>Segue de alto hospital</p> <p style="text-align: center;">Aline M. A. de Mendonça COPT 478-ENF</p>



Paciente:
RINALDO DELGADO SIQUEIRA
Nome da Mãe:
LUCINEIDE HOLANDA DELGADO
Prontuário:
1797086
Registro:
000308443
Medico:
CRM - 19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Convênio e Plano:
AMIL/T23 AMIL 200 GR. MUNICIPIOS QC

Matricula:
882200364
Data da Prescrição:
09/06/2019

Nome do Paciente:
ALICE ALINE VIEIRA DA SILVA
Nome da Mãe:
A
Prontuário:
000308443
Registro:
1797086
Medico:
CRM - 19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Convenio e Plano:
25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 14 dias
Matricula:
321B
Data da Internação:
07/06/2019
Leito do Paciente:



Peso do Paciente:
kg

Data da Internação:
07/06/2019

Leito do Paciente:
321B

Nome do Paciente:		Sexo: Masculino	Data Nasc. / Idade: 25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 14 dias	Prontuário:
Nome da Mãe:	LUCINEIDE HOLANDA DELGADO	Matrícula:	882200364	Data da Internação: 07/06/2019
Registro:	1797086	Data da Prescrição:	09/06/2019	Leito do Paciente: 321B
Medico:	CRM - 19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE			
DIETAS:				
1. DIETA LIVRE	*** ORAL	NUTRIÇÃO	09/06/2019	
2. DIETA ZERO	ORAL	ACID		
3. DIETA ALIMENTAR PROCEDIMENTO AVANHADO	ORAL	ACID		
MEDICAMENTOS:				
1. NOVALGINA 1G/2ML AMP ...AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 AMPOLA 20 ML	INTRAVENOSA 6 X 6 HORAS	09/06/2019	12:00 18:00 00:00 06:00 12:00
2. OMEPRAZOL 100mg/2ml amp SOFOSIBOL 0,9% 100ML BOLSA	AMPOLA 10ML	INTRAVENOSA 12 X 12 HORAS		00:00 06:00 10:00 14:00 18:00 22:00
3. ANSENTRON 4MG/2ML AMP ...AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 AMPOLA 10 ML	INTRAVENOSA 8 X 8 HORAS		00:00 06:00 10:00 14:00 18:00 22:00
4. OXIGEKAINE 40MG SERINGA USO TÉTRICO SUSPENDER	SERINGA 10ML	SUBCUTÂNEA 24 X 24 HORAS		00:00 06:00 10:00 14:00 18:00 22:00
5. OMEprazol 40mg FA	1 FR. AMPOLA	INTRAVENOSA 24 X 24 HORAS		00:00 06:00 10:00 14:00 18:00 22:00
CUIDADOS:				
1. CUIDADOS GERAIS SINAIS VITAIS	***	Intervalo: 12 X 12 HORAS	09/06/2019	20:00 08:00 20:00 08:00
2. MONITORAMENTO				
3. FARMACOLOGIA				
4. OUTROS:				

Olinda, 09 de Junho de 2019, 10:01:32

Enf. (SD):

Tec. Enf. (SD):

Nutrição:

Enf. (SN):

Tec. Enf. (SN):

Farmácia:



ESPERANÇA

O N D A

ALÉRGIAS: NÃO INFORMADA ALÉRGIA

Paciente:
RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Nome da Mae:
LUCINEIDE HOLANDA DELGADO

Convenio e Plano:

AMIL723 AMIL 200 GR. MUNICÍPIOS QC

Prontuario:

000308443

Registro:

1797086

Médico:

CRM - 19433-PE

- DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

Nome do Paciente:

Leito:

Leito:

Nome do Paciente:

Sexo:

Data Nasc. / Idade:

Data Nasc.:

Masculino

25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 15 dias

Data Nasc.:

Peso do Paciente:

80 Kg

Data Nasc.:

Matrícula:

882200364

Data Nasc.:

Convenio e Plano:

10/06/2019

Data Nasc.:

Data da Internação:

07/06/2019

Data Nasc.:

Leito do Paciente:

321B

Data Nasc.:

Dr. Daniel Barreto
CRM-PE 19433
Oncopedia
Oncopedia

Prontuário:

Prontuário:

Prontuário:

 RINALDO DELGADO SIQUEIRA Nome da Mae: LUCINEIDE HOLANDA DELGADO Registro: 1797086 Medico: CRM - 19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE ALERGIAS: NAO INFORMADA ALERGIA A ALIMENTOS		Sexo: Masculino Data Nasc. / Idade: 25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 16 dias Matricula: 882200364 Data da Prescrição: 11/06/2019	Peso do Paciente: 80 kg Data da Internação: 07/06/2019 Leito do Paciente: 3218
DIETAS: DIETA LIVRE Obs: Após desfecho anestésico			
MEDICAMENTOS: 1. cefalOTina 1g FA ...AGUA DESTILADA 10ML AMP NOVALGINA 1G/2ML AMP AGUA DESTILADA 10ML AMP			
3. tramadON 100mg/2ml amp ...SORO FISIOL 0.9% 100ML BOLSA ANSENTRON 1MG/2ML AMP AGUA DESTILADA 10ML AMP Se necessario, pode-se usar SORO FISIOL 100ML BOLSA			
5. CLEXANE 40MG SERINGA Obs: FAZER USO HOJE E SUSPENDER CLOMEprazol 40mg FA			
CUIDADOS: 1. CUIDADOS GERAIS SINAS VITais 3. ALTA HOSPITALAR após curativo			
Enf. (SD): Tec. Enf. (SD): Enf. (SN): Tec. Enf. (SN):			

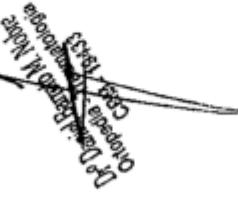
Olinda, 11 de Junho de 2019, 10:54:22


DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
 CRM - 19433-PE


Tec. Enf. (SD):

Tec. Enf. (SN):

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

 RINALDO DELGADO SIQUEIRA Paciente: Nome da Mae: LUCINEIDE HOLANDA DELGADO Prontuario: 000308443 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 Peso do Paciente: 80 kg Matricula: 882200364 Data da Internação: 07/06/2019 Leito do Paciente: 321B
ALERGIAS NAO INFORMADA ALERGIA		
Nome do Paciente: <hr/> DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE CRM - 19433-PE		
Nutrição: <hr/> <div style="text-align: center;">  </div>		
Leito: <hr/> Data Nasc.: <hr/> Farmácia: <hr/> Prontuário: <hr/>		



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, ENF.

Sexo

F

Idade

37

Risco

T

Paciente

CRM

Medicação Pré-anestesia

Nome do Anestesista

Nome do Cirurgião

Urgência

 NÃO SIM

Cirurgia

Horário

09:15h

10:55h

O₂N₂O

Liq.

SaO₂ETCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

Diamox 8mg

Monium 0,1mg

Mep. 0,57 11mg

Ropivacaine 2g

Dexametasona 10g

Toradol 1g

Muscelon 1mg

Tenoxicam 20mg

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

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

Reg: 1797086 - Pront: 000308443

AMIL/723 AMIL 20

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

Matrícula: 882200364

Leito: 321B

1797086

Técnica Anestésica

Seclagane + Ropivacaine
periferici. Peli sin
falso, fumigação para
medicina, e aperte
lumbar 26g,
1,5-2 mg herc e fum
fálico, 11 ml rean
mentos

Monitorização

 BIS Cardioscópio Oxímetro PNI Sonda Vesical Capnógrafo Estet. Pré-cordial Outros Temperatura Swan-Ganz Analisador Gases PVC Estimulador de Nervo Linha Arterial Volemia IBP Plus UTI

Encaminhado

 Acordado Sonolento Intubado Descrever: Destino SRPA Apart./ Enf. UTI

Intercorrência:

 NÃO SIM

Observações

1797086
Medico: Dr. M...
Data: 07/06/2019
Opção: 1
Assinatura: [Signature]



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 >>

DATA DE NASCIMENTO
25/07/1981

CPF /
26.07.1982 >>

056.893.124-60

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

Assinatura do Titular

CARTÃO CARLOS MARINHO
P. Ofício de Notas, RJ e RFDPI de Olinda/PE

R. Cel. Henrique Guimarães, 17 Bairro Novo - Olinda PE
CEP 53010-100 - Fone: 81 3011.7800 - Fax: 81 3011.7802
atendimento@cartaoCarlosMarinho.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 fô. Em test. da verdade.
Escrevente autorizado: GILVANIA DEOLINDA DA SILVA EMOL. 3,17,
TBNR.0,70 , FERC0,35 , FERM 0,04,FUNSEG 0,07 TOTAL 4,33. Consulte a
autenticidade em: www.tjpe.jus.br/sefodigital.

Salto:0073452.DUW12201803.03148



CARTÃO CARLOS MARINHO
P. Ofício de Notas, RJ e RFDPI de Olinda/PE

R. Cel. Henrique Guimarães, 17 Bairro Novo - Olinda PE
CEP 53010-100 - Fone: 81 3011.7800 - Fax: 81 3011.7802
atendimento@cartaoCarlosMarinho.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 fô. Em test. da verdade.
Escrevente autorizado: GILVANIA DEOLINDA DA SILVA EMOL. 3,17,
TBNR.0,70 , FERC0,35 , FERM 0,04,FUNSEG 0,07 TOTAL 4,33. Consulte a
autenticidade em: www.tjpe.jus.br/sefodigital.

Salto: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.



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.

Pólicia Científica
SDS-PE

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 N° 7266 / 2020

REFERENTE AO LAUDO N° / 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 seções 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 hipercrônica, 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 DESCRIPTAS.

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.

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.

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



Seguradora Líder



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.	TELEFONE / Phone Number SAC DPVAT 0800 0221204
E I R C Z	V C C C C
RUA DA ASSEMBLÉIA, 700 - 24º ANDAR - CENTRO SALAS 7415 - 7416 - 7417 RIO DE JANEIRO/RJ CEP: 20011-904	V V V V V
UF / state RJ	UF / Country BRASIL



ATENDIMENTO



DPAW

Seguradora Líder

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsequurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04

1

Facebook.com/dpvatoficial

BLOG: www.viverseguronline.com

1

Twitter community

REMITENTE / Sender	Piauá - Piauí - Sigeplan	TELEFONE / Phone Number	
ENDEREÇO / Address	Rue. Fábrica de Vela. Bairro Salgadinho N° 90 A	CIDADE / City	Piauá
CEP / Zip	53110590	PAÍS / Country	BRASIL

RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE

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

Valorização 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

Valorização 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

Valorização 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

Valorização 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