

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE: RINALDO DELGADO SIQUEIRA, brasileiro, solteiro, ajudante de expedição III, portador do RG nº 5.818.336 SDS/PE e do CPF nº 056.893.124-60, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua da Fábrica de Velas, nº 90, Casa; A, Salgadinho, Olinda/PE, CEP: 53.110-590.

OUTORGADOS: Bel. ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE 1292-A, CPF nº 917.578.194-87, e-mail: adsonadv@hotmail.com; e Bela. ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS, brasileira, divorciada, portadora do RG nº 7.742.986 SSP/PE e do CPF nº 884.647.684-00, e-mail: wradvogadosjp@hotmail.com, com escritório profissional na Avenida Joaquim Nabuco, nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor ACÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, até final decisão, inclusive cumprimento de sentença, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber valores e dar quitação, receber alvará junto à Serventia Judicial expedido em seu nome, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

CLAUSULA CONTRATUAL: Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos na base de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, autorizando desde já a sua retenção, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.

Abreu e Lima/PE, 30 de julho de 2020

Outorgante: Rinaldo Delgado Siqueira



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

RINALDO DELGADO SIQUEIRA, brasileiro, solteiro, ajudante de expedição III, portador do RG nº 5.818.336 SDS/PE e do CPF nº 056.893.124-60, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua da Fábrica de Velas, nº 90, Casa; A, Salgadinho, Olinda/PE, CEP: 53.110-590. Declaro para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CÍVEL DA COMARCA DO RECIFE, ESTADO DE PERNAMBUCO**, nos termos do Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por não ter condições financeiras de suportar as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu sustento e de sua família, principalmente para ingressar com a presente **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso a presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Abreu e Lima/PE, 30 de julho de 2020

Declarante: Rinaldo Delgado Siqueira



Declaração de Isenção do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF)

Eu, RINALDO DELGADO SIQUEIRA,
RG/CNH nº 5.818.336, órgão expedidor: SDS, UF: PE, CPF: 056.893.124-60,
endereço: RUA DA FÁBRICA DE VELAS, nº 90, CASA = A,
SALGADINHO,
CEP: 53.110-580, cidade de OLINDA-PE, telefone(s)
(81) 9.8666-2459, **DECLARO** ser isento(a) da apresentação da Declaração do
Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF) no(s) exercício(s) 2015 a 2018 por não incorrer
em nenhuma das hipóteses de obrigatoriedade estabelecidas pelas Instruções Normativas (IN) da
Receita Federal do Brasil (RFB).

Esta declaração está em conformidade com a IN RFB nº 1548/2015 e a Lei nº 7.115/83*.

Declaro ainda, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações acima prestadas.

ARREIO E LIMA-PE, 30 de JULHO de 20 20.

X Rinaldo Delgado Siqueira

Assinatura

* Esclarecemos que a Receita Federal do Brasil não emite declaração de que o(a) cidadão(ã) está isento(a) de apresentar a Declaração do Imposto de Renda da Pessoa Física (DIRPF), pois a Instrução Normativa RFB nº 1548, de 25 de fevereiro de 2015, regula que, a partir do ano de 2008, deixa de existir a Declaração Anual de Isento. Ademais, a Lei nº 7.115/83 assegura que a isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado. Mais informações podem ser obtidas na página da RFB na *internet*, no seguinte endereço eletrônico:
<http://receita.economia.gov.br/orientacao/tributaria/declaracoes-e-demonstrativos/dai-declaracao-anual-de-isento>

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. . 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. . 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. . 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Art.

. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **056.893.124-60**

Nome: **RINALDO DELGADO SIQUEIRA**

Data de Nascimento: **25/07/1981**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/11/2002**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:07:19** do dia **29/07/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **039A.5C80.A28F.0F49**

Este documento não substitui o [“Comprovante de Inscrição no CPF”](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



 Bradesco		237-2	23794.02510 91746.322758 77000.060002 5 00000000000000		
Nome do Pagador: Tit. CNPJ Endereço		RINALDO DELGADO SIQUEIRA - 056.893.124-60 R DA FABRICA DE VELAS 90A CASA SALGADINHO 53110-590 OLINDA PE			
Nome do Beneficiário: CNPJ/CPF Endereço		Banco Bradescard S.A. - Alameda Rio Negro, 585 - Ed. Bradesco - 15º andar			
Nome do Beneficiário: CNPJ/CPF Endereço		Alphaville - Barueri - SP - CEP: 06454-000 - CNPJ: 04.184.779/0001-01			
Agência Código Beneficiário		4025-8/0000600-9			
Autenticação Mecânica					

 Bradesco		237-2	23794.02510 91746.322758 77000.060002 5 00000000000000		
Local de Pagamento: PAGAVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGÊNCIA BRADESCO					Data de Vencimento: 15/01/2020
Nome do Beneficiário: CNPJ/CPF Endereço: Banco Bradescard S.A. - Alameda Rio Negro, 585 - Ed. Bradesco - 15º andar					Agência Código Beneficiário: 4025-8/0000600-9
Nome do Beneficiário: CNPJ/CPF Endereço: Alphaville - Barueri - SP - CEP: 06454-000 - CNPJ: 04.184.779/0001-01					
Data do Documento: 15/01/2020	Nr. do Documento: 17463227577-2	Especie DEX: RECIPO	Assente: N	Data Processamento: 15/01/2020	Nome-Numero: 17463227577-2
Us. do Bônus: 	Carteira: 19	Especie: RS	Quantidade: 	Valor: RS 557,44	(=) Valor do Documento: RS 557,44
Informações de responsabilidade do beneficiário:					(-) Desconto Abatimento:
Os encargos de pagamento rotativo ou de atraso, serão cobrados na próxima fatura.					(+) Juros Multa:
Pagamento em cheque será considerado liquidado somente após a sua compensação.					(=) Valor Pago:
Se Caixa, não receber este boleto após 15 dias do vencimento.					
Nome do Pagador: Tit. CNPJ Endereço: RINALDO DELGADO SIQUEIRA - 056.893.124-60 R DA FABRICA DE VELAS 90A CASA SALGADINHO 53110-590 OLINDA PE					
Nome do Beneficiário: CNPJ/CPF Endereço: Alphaville - Barueri - SP - CEP: 06454-000 - CNPJ: 04.184.779/0001-01					



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



 **MINISTÉRIO DO TRABALHO**
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DO TRABALHO
Convênio
DRT-PE
STAS

Número 10970 Série 0006215

Rinaldo Delgado Siqueira
ASSINATURA DO PORTADOR


England Mariners

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Rinaldo Delgado Siqueira

Loc. Nas. Recife Est. PE Data 25.07.81

Filiação Renato de Silva Siqueira
buscemeiro Holanda Delgado

Doc. nº 34276-F-821-A-30-ter. 8/acc.

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. nº

Exp. em Estado

Obs.

Data Emissão 22.10.94 DRT PE

Selma Gomes da Silva
Assinatura do Funcionário
Mat. 147.482-9



15

CONTRATO DE TRABALHO

88.901.199/0022-33

Empregador.....
MOINHOS CRUZEIRO DO SUL S/A.

CGC/MF.....**Rua SL Mario Kozal Filho, 87**.....
 Rua.....**Sítio Novo - CEP 53110-390**.....
 Município.....**Olinda - PE**.....
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo.....**ATUANTE DE EXPEDIÇÃO III**.....
 CBO nº.....

Data admissão.....**10** de **03** de **2010**.....
 Registro nº.....**3036**..... Fls./Ficha.....
 Remuneração especificada.....**R\$ 1.542,00**.....
(QUINHENTOS E QUARENTA E DOIS REAIS).

MOINHOS CRUZEIRO DO SUL S/A
NAZARE DO SOCORRO S. SAMPAIO
 PROCURADORA

1º.....
 2º.....

Data saída..... de..... de 19.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º..... 2º.....

Com. Dispensa CD Nº.....

16

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

CGC/MF.....

Rua..... Nº.....

Município..... Est.....

Esp. do estabelecimento.....

Cargo.....

CBO nº.....

Data admissão..... de..... de 19.....

Registro nº..... Fls./Ficha.....

Remuneração especificada.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º..... 2º.....

Data saída..... de..... de 19.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º..... 2º.....

Com. Dispensa CD Nº.....





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

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**

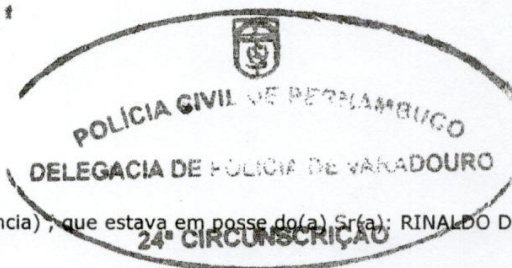
Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PROFESSOR ANDRADE BEZERRA, 1** - Bairro: **SALGADINHO**
- **OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CENTRO DE CONVENCOES**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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

06/08/2019 11:39



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**



Local do Fato: VIA PUBLICA
OLINDA/PERNAMBUCO-BRASIL - Pólo de Referência: CENTRO DE CONVENCÕES
Fato ocorrido no endereço: AVENIDA PROFESSOR ANDRÉ DE NEZERA, 1 - Bairro: SALGADINHO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s):
RINALDO DELGADO SIQUEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Nascimento: 25/11/1984 - Nacionalidade: BRASILEIRO - Estado Civil: SOLTEIRO - Grau Incompleto - Profissão: OUTRAS PROFISSÕES - Telefone Celular: 99662222
Endereço Residencial: RUA DA FABRICA DE VELAS, 90, A - CEP: 55050-000 - Bairro: SALGADINHO - OLINDA/PERNAMBUCO-BRASIL
NÃO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino - Nacionalidade: 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
Categorias/Marcas/Modelo: MOTOCICLETA HONDA CB 150
Cor: VERMELHA - Quantidade: UNIDADE NÃO INFORMADA
Placa: PC2725 (PERNAMBUCO/OLINDA)
Ano/Fabricação/Modelo: 2012/2012 Construtivo: ALCOGASOL

Complemento / Observação

06/08/2019 11:39



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

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

LAUDO/DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

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 - 37a10m16d
Reg: 1797086 - Proni: 000308443
AMIL/723 AMIL 20
Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21.11
Matricula: 882200364
Leito: 321B
1797086

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

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

Dr. Daniel Barreto
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

Paciente: RINALDO DELGADO SIQUEIRA
Registro: 1797086
Idade: 38 anos
Data de Nascimento: 25/07/1981
Endereço: RUA DA FABRICA DE VELAS Nº 3198
Bairro: SALGADINHO Cidade: OLINDA Estado: PE
CEP: 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 ANDRAD
Endereço: RUA DA FABRICA DE VELAS
Bairro: SALGADINHO Cidade: OLINDA UF: PE CEP: 53110590
Telefone: (81) 985449101
Profissão: TÉCNICA DE ENFERMAGEM
Identidade: 5112852 CPF: 038.906.444-06

Convênio: 002/SS AMIL/723 AMIL 200 GR.MUNICIPIOS QC
Matrícula: 882200364
Senha: 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 SÃO 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, transfusão plasmática, 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 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 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 SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda.

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

Nome Legível

Recepção: ALSILVA Alta: ____/____/____ Hora: ____:____ Motivo: _____

Posto Enf.: _____

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



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 31/07/2020 09:44:49

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073109444938400000064343741

Número do documento: 20073109444938400000064343741



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
08.06.19	# Enfermagem
12:53	Paciente evolui em TCE, consciente, orientado, acimétrico, anisotérico, explora os traços, responde a op. orais. Dado por VO! MID com estabilização. Aliv. a USF em PT. 11/06, sem sinais de agitação. Apresentando sinais vitais estáveis. Coliminação psicológica espontânea. Segue os ciclos da equipe médica e paramédica. Abolir analgésicos; Verificar SSVU e ECG; ATT risco de queda.
08/06/19	# CAT
13:31	Edem Moderado (+++ / ++++) Pct evolui com Bom perfil de TC Sem dor CD: Procedimento segund Parar cardiologia

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

Dr. Adson José Alves de Farias
CRM-PE 1453



Paciente: RINALDO DEGENNO

Leito: 321 - B

RINALDO DELGADO SIQUEIRA

Idade: 25/07/1981 - 37a10m13d
Reg: 1797086 - Pront: 000308443
MIL/723 AMIL 20
Entrada: 07/06/2019 - Hora: 21:11
Matricula: 882200364
Leito: 321B
1797086

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
	<u>Carminha / Anamni</u>
	Parto-01 FIMM prima (D)
	S/OUTRA ANAMNI
	PA: 130x80
	mmHg 110/70
	FC: 75b
	sução 25 ml
	NEON DM ⊖ HT ⊖ TBC ⊖ OUTRA / SM ⊖
	ECCO Para Suq FC 70b/mm
	NEON SINGLA
	CD: Pico Comovam Grav F (BAXO)
	apso a comica
09/06/19	#FAT
09:57	Por avaliação estaf
	Por parte do tipo
	Edema melhor
	CD: Procede a amni 07h
	Dire 200 00:00
	sução 25 ml
	Clarear
	<u>Dr. Carlos Eduardo G. Santos</u> Cardiologia Intervencionista CRM 16644-RJ
	<u>Dr. Rinaldo M. Nogueira</u> Ortopedia Traumatologia CRM - 16433

COBRANÇA HOSPITALAR

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

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

Dr. Rinaldo M. Nogueira
Ortopedia Traumatologia
CRM - 16433

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
09/06/19	# Enfermagem
11:55	Paciente evolui em EOB com nível de consciência orientado, acianótico, amiotônico normotensorado, eupneico. restrito ao leito, ssw estáveis. Com AVP em use com traço para 1106 com a presença de sinais fisiológicos. Com NTD com imobilização. Ag. cirurgia para 1106 às 07:00, conforme contatoonado com Dr. Daniel Barreto, sendo apressado de acordo para as 16h de hoje, e suspensão amarela. Dieta por V.O. EFB preparada. Paciente segue as ordens da equipe. X-médico CM Verificar glicose de 6h Comunicação anormalidade ATT para queda,
10/06/19	#FmY
10/06/19	
09:57	Pct submetido a 2 tentativas cirúrgicas, sem sucesso. CO: RX Contato SR

Enfermagem
FARMACIA

Dr. Daniel Barreto M. Med
Cirurgião - Traumatologia
CRM - 19433



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Paciente: Renato Delgado Leito: 321 B.

Nome: _____

**Etiqueta
do
paciente**

Data: _____

Hora: _____

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
13:15 10/06/19	# Infusão H Paciente retorna do BC. Evoluindo EG2. Consciente, orientado, afeto, insuspeito, 5500 estáveis. Sem MSD mobilizado. Sem IAP em MSE de principais funções. Dieta por VO, EF(+) espontânea Paciente segue aos cuidados da equipe.
	Judicar e PM Apresentar 5500 GCS Chemical Anestesia des.
11/06/19	# SOT
10:50	Pct evoluindo sem Carla Costa dor, bom perfuso, sat, FOF completa. a: Atz, hosp, plm eufico, brônquios AB, AINE, Analgésicos Cepg, Parimf. Retorno 21 dias Ata de do Retorno de prax Deixa meu cabelo Anelido de do
11/	



ESPERANÇA

Paciente: **RINALDO DELGADO SIQUEIRA**
 Nome da Mãe: **LUCINEIDE HOLANDA DELGADO**
 Registro: **1797086** Pronto: **000308443** Convênio e Plano: **AMIL/723 AMIL 200 GR. MUNICIPIOS QC**
 Médico: **CRIM - 27474-PE - GABRIELA FELIX DE SOUZA**

Data Nasc. / Idade: **25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 12 dias**
 Sexo: **Masculino**
 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.: _____ Pronto: _____

DIETAS	Volume	Via	Intervalo	Data Nasc.:	Pronto:
1. DIETA LIVRE	***	ORAL	NUTRICAÇÃO	07/06/2019	08/06/2019

MEDICAMENTOS	Dose	Via	Intervalo	Data Nasc.:	Pronto:
1. NOVALGINA 1G/2ML AMP ...AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 AMPOLA 20 ML	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS	07/06/2019	08/06/2019
2. tramadol 100mg/2ml amp ...SORO FISIOL 0.9% 100ML BOLSA	1 AMPOLA 1 BOLSA	INTRAVENOSA	12 X 12 HORAS	22:00	00:00 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		05:00

Obs: SE NÁUSEAS OU VÔMITOS

CUIDADOS	Intervalo	Data Nasc.:	Pronto:
1. CUIDADOS GERAIS	12 X 12 HORAS	07/06/2019	08/06/2019
2. SINAIS VITAIS	12 X 12 HORAS	22:00	08:00 10:00

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

GABRIELA FELIX DE SOUZA
CRM - 27474-PE

Enf. (SD):

Tec. Enf. (SD):

Nutrição:

Enf. (SN):

Tec. Enf. (SN):

Farmácia:

Fernanda Prazeres
Coron. 25536 - ENF

Alérgico Alta Vigilância Uso Restrito Controlado Antimicrobiano

Data da Prescrição: 07/06/2019 21:46:20



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 31/07/2020 09:44:49

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073109444938400000064343741

Número do documento: 20073109444938400000064343741

Num. 65574422 - Pág. 10

Paciente: **RINALDO DELGADO SIQUEIRA** Sexo: Masculino
 Nome da Mãe: **LUCINEIDE HOLANDA DELGADO** Data Nasc./Idade: 25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 14 dias
 Registro: 1797086 Prontoário: 000308443 Convênio e Plano: AMIL/723 AMIL 200 GR.MUNICIPIOS QC Matrícula: 882200364
 Médico: CRM - 19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE Data da Prescrição: 09/06/2019
 Peso do Paciente: kg
 Data da Internação: 07/06/2019
 Leito do Paciente: 321B

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

DIETAS	Volume	Via	Intervalo	09/06/2019	10/06/2019
1. DIETA LIVRE	***	ORAL	NUTRICAÇÃO		
2. DIETA ZERO	***	ORAL	ACIL		
Obs: MELHORIA PROCEDEMENTO AMANHÃ AS 07:00					
MEDICAMENTOS	Dose	Via	Intervalo	09/06/2019	10/06/2019
1. NOVALGINA 1G/2ML AMP ...AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 AMPOLA 20 ML	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS	12:00 - 18:00	00:00 - 06:00 12:00
2. CLOMIDRON 100mg/2ml amp SORO FISIOL 0,9% 100ML BOLSA	1 AMPOLA 1 BOLSA	INTRAVENOSA	12 X 12 HORAS	10:00 - 22:00	10:00 - 22:00
3. ANSETRON 4MG/2ML AMP ...AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 AMPOLA 10 ML	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS		
Obs: SE NAUSEAS OU VOMITOS					
4. GLEKANE 40MG SERINGA	1 SERINGA	SUBCUTANEA	24 X 24 HORAS	16:00 - 00:00	00:00 - 06:00
5. OMEprazol 40mg FA	1 FR. AMPOLA	INTRAVENOSA	24 X 24 HORAS		06:00
CUIDADOS	Volume	Via	Intervalo	09/06/2019	10/06/2019
1. CUIDADOS GERAIS	***	***	12 X 12 HORAS	20:00	08:00
2. SINAIS VITAIS	***	***	12 X 12 HORAS	22:00	10:00

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

DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
CRM - 19433-PE

Enf. (SD):

Tec. Enf. (SD):

Nutrição:

Enf. (SN):

Tec. Enf. (SN):

Farmácia:

Data da Prescrição: 09/06/2019 10:00:02

Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 31/07/2020 09:44:49

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073109444938400000064343741

Número do documento: 20073109444938400000064343741

Num. 65574422 - Pág. 11

	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
ESPERANÇA O L I N D A	Registro: 1797086	Prontuário: 000308443	Convênio e Plano: AMIL/723 AMIL 200 GR.MUNICIPIOS QC		Data de Internação: 07/06/2019
	Médico: CRM - 19433-PE – DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE		Matrícula: 882200364		Leito do Paciente: 321A
			Data da Prescrição: 10/06/2019		

ALERGIAS NÃO INFORMADA ALERGIA

Nome do Paciente:		Leito:		Data Nasc.:		Prontuário:	
DIETAS	VOLUME	Via	Intervalo	10/06/2019		11/06/2019	
1. DIETA LIVRE	***	ORAL	NUTRICAÇÃO				
2. DIETA BRANDA Obs: sem leite e doces.	***	ORAL	8 X 8 HORAS	16:00		00:00	08:00
MEDICAMENTOS	Dose	Via	Intervalo	10/06/2019		11/06/2019	
1. Cefalotina 1g FA ...ÁGUA DESTILADA 10ML AMP	1 FR. AMPOLA 1 AMPOLA	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS	12:00	18:00	08:00	06:00 12:00
2. NOVALGINA 1G/2ML AMP ...ÁGUA DESTILADA 10ML AMP	1 AMPOLA 20 ML	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS	12:00	18:00	08:00	06:00 12:00
3. tramadon 100mg/2ml amp ...SORO FISIO 0.9% 100ML BOLSA	1 AMPOLA 1 BOLSA	INTRAVENOSA	12 X 12 HORAS	10:00	22:00	10:00	
4. AMSENTRON 4MG/2ML AMP ...ÁGUA DESTILADA 10ML AMP Obs: Se necessário	1 AMPOLA 10 ML	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS				
5. CLEXANE 40MG SERINGA Obs: FAZER USO HOJE E SUSPENDER	1 SERINGA	SUBCUTANEA	24 X 24 HORAS			08:00	
6. Omeprazol 40mg FA	1 FR. AMPOLA	INTRAVENOSA	24 X 24 HORAS			08:00	
CUIDADOS			Intervalo	10/06/2019		11/06/2019	
1. CUIDADOS GERAIS	***	***	12 X 12 HORAS	20:00		08:00	
2. SINAIS VITAIS	***	***	12 X 12 HORAS	10:00	22:00	10:00	

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

Camila Costa
CORREIO DE 453.113 - ENE

DANIEL BARRETO DE MATA
CRM - 19433-P

Enf. (SD):

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

Nutrição:

Enf. (SN):

Tec.Enf. (SN):

Farmácia:

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



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 31/07/2020 09:44:49

<https://pje.tipe.jus.br:443/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073109444938400000064343741>

Número do documento: 20073109444938400000064343741

Num. 65574422 - Pág. 12

 ESPERANÇA CLÍNICA	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	
	Registro:	1797086	Prontuário:	000308443	Convênio e Plano:	AMIL/723 AMIL 200 GR.MUNICIPIOS QC
	Médico:	CRM - 19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE		Matrícula:	882200364	Data da Prescrição:
					Peso do Paciente:	80 kg
					Data da Internação:	07/06/2019
					Leito do Paciente:	321B
ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA						
Nome do Paciente:		Leito:		Data Nasc.:		Prontuário:

Dr. Daniel Barreto de Matos Nobre
Otorrinolaringologista
CRM - 19433

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

..... Vigência Uso Restrito Controlado Antimicrobiano



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 31/07/2020 09:44:49
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073109444938400000064343741>
Número do documento: 20073109444938400000064343741

Num. 65574422 - Pág. 13

 ESPERANÇA CLÍNICA	Paciente: RINALDO DELGADO SIQUEIRA Nome da Mãe: LUCINEIDE HOLANDA DELGADO Registro: 1797086 Médico: CRM - 19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE	Sexo: Masculino Data Nasc. / Idade: 25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 16 dias Matrícula: 882200364 Data da Prescrição: 11/06/2019	Peso do Paciente: 80 kg Data da Internação: 07/06/2019 Leito do Paciente: 321B		
	Convênio e Plano: AMIL/723 AMIL 200 GR.MUNICIPIOS QC				
Alergias: NAO INFORMADA ALERGIA					
Nome do Paciente: _____ Leito: _____ Data Nasc.: _____ Prontuário: _____					
DIETAS					
1. DIETA LIVRE	***	ORAL	NUTRICAÇÃO	11/06/2019	12/06/2019
2. DIETA BRANDA	***	ORAL	8 X 8 HORAS	16:00	00:00 08:00
MEDICAMENTOS					
1. cefalOTina 1g FA ...AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 FR AMPOLA 1 AMPOLA	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS	12:00 18:00	00:00 06:00 12:00
2. NOVALGINA 1g/2ML AMP ...AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 AMPOLA 20 ML	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS	12:00 18:00	00:00 06:00 12:00
3. tramDON 100mg/2ml amp ...SORO FISIO 0.9% 100ML BOLSA	1 AMPOLA 1 BOLSA	INTRAVENOSA	12 X 12 HORAS	22:00	10:00
4. INSENTIDON 4mg/2ml AMP ...AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 AMPOLA 20 ML	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS		
5. CLEXANE 40MG SERINGA Obs: FAZER USO HOJE E SUSPENDER	1 SERINGA	SUBCUTANEA	24 X 24 HORAS		00:00
6. DMEPRIZOL 40mg FA	1 FR AMPOLA	INTRAVENOSA	24 X 24 HORAS		06:00
CONDICIONES					
1. CUIDADOS GERAIS	***	***	12 X 12 HORAS	20:00	08:00
2. SINAIS VITAIS	***	***	12 X 12 HORAS	22:00	10:00
3. ALTA HOSPITALAR apos curativo	***	***	ACM		

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

 DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
 CRM - 19433-PE

Enf. (SD): _____

Tec.Enf. (SD): _____

Enf. (SN): _____

Tec.Enf. (SN): _____

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

Alérgico Alta Vigilância Uso Restrito Controlado Antimicrobiano



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 31/07/2020 09:44:49

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073109444938400000064343741

Número do documento: 20073109444938400000064343741

Num. 65574422 - Pág. 14

 ESPERANÇA CLÍNICA	Paciente:	RINALDO DELGADO SIQUEIRA			Sexo:	Masculino			
	Nome da Mãe:	LUCINEIDE HOLANDA DELGADO			Data Nasc. / Idade:	25/07/1981 - 37 anos, 10 meses e 16 dias			
	Registro:	1797086	Prontuário:	000308443	Convênio e Plano:	AMIL/723 AMIL 200 GR.MUNICIPIOS QC		Peso do Paciente:	80 kg
	Médico:	CRM - 19433-PE - DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE			Matrícula:	882200364		Data da Internação:	07/06/2019
					Data da Prescrição:	11/06/2019		Leito do Paciente:	321B
ALERGIAS: NAO INCONHECE ALERGIA									
Nome do Paciente: _____ Leito: _____ Data Nasc.: _____ Prontuário: _____									
DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE		Nutrição: _____		Farmácia: _____					
CRM - 19433-PE									

Dr. Daniel Barreto M. Nobre
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 19433

Data da Prescrição: 11/06/2019 10:54:05

Alérgico Alta Vigilância Uso Restrito Controlado Antimicrobiano

Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 31/07/2020 09:44:49

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073109444938400000064343741>

Número do documento: 20073109444938400000064343741

Num. 65574422 - Pág. 15

SINISTRO 3200234356 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RINALDO DELGADO SIQUEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA

LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO RINALDO DELGADO SIQUEIRA

CPF/CNPJ: 05689312460

Posição em 29-07-2020 16:09:40

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

