



Impr. Oficial

1004



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL - ESTADO DO CEARÁ
Comarca, Município e Distrito de IpaumirimMaurício Crispim Bezerra
Escrivante Substituto

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, as fls. 039 do Livro Nº A-14 de Registro de Nascimentos
 sob Nº 11872, foi feito hoje o assento da MARIA ISADORA MENEZES
MARQUES do sexo Feminino - cor branca
 nascida no dia 13 de fevereiro de 2003 às 16:25 horas
em IPAUIMIRIM - Ceará
filha de JOAQUIM DA SILVA MARQUES
e de dona MARIA JOCEMIR DE MENEZES

DPVAT
GRANDBERG
31 JUL 2015

São avós paternos Joaquim Marques da Souza
 e dona Maria da Silva Sestos
 São avós maternos José Sestos de Menezes
 e dona Francisca Chagas de Menezes
 O casal foi registrado no dia 10 de março de 2003
 Falecimento a Seguir
Margarida Maria da Paixão Bezerra
Talma Iberália da Souza
 Observações

SEM EMOLUMENTOS

Lei 9.534/97 - Ano 1º

SELO N° 84394402

O escrivão e testemunha é dona

Ipaumirim/CE, 18 de março de 2003

Maurício Crispim Bezerra
 O FÍSICO

CARTÓRIO FARIAS - 1º OFÍCIO

Maurício Crispim Bezerra

Escrivante Substituto no exercício
 da Titularidade (Perí. 20/98)
 CEP 63340-000 - Ipaumirim-CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL - ESTADO DO CEARÁ
Comarca, Município e Distrito de Ipaumirim



Escrivente Substituto

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico, que, as fls. **08** do Livro N° **A-16** de Registro de Nascimento

do N° **12648**, foi feito hoje o assento de **JONATHAS MENEZES**

MARQUES do sexo **masculino**

nascido no dia **19** de **janeiro** de **2007** às **14** horas

Hospital Inez Andrade - Aurora - Ce

filho de **Joaquim da Silva Marques**

e de **Maria Jecemir de Menezes**

São avós paternos **Joaquim Marques da Silveira**

e de **Maria da Silva Santes**

São avós maternos **João Sabino de Menezes**

e de **Francisca Chagas de Menezes**

O registo foi efetuado no dia **26** de **fevereiro** de **2007**

Foi declarante o genitor

Testemunhas **Maria Aparecida da Silva e Maria Iracilda Alves Gonçalves**

Observações

ENCOLHIMENTOS:

Lote 53497 - Arq. 1º 3º e 5º

SDNPA 41935494

O referido é verdade e dou fé

Ipaumirim, 26 de fevereiro

de 2007

Ana Lúcia de Lima

Escrivente Substituto

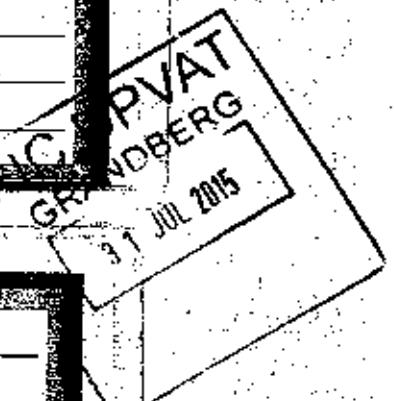
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

Ana Lúcia de Lima

Escrivente Substituto no

Distrito de Ipaumirim

CEARÁ - BRASIL





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **015.819.603-57**

Nome: **JOAQUIM DA SILVA MARQUES**

Data de Nascimento: **03/09/1980**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **27/10/2003**

Dígito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **12:04:42** do dia **30/08/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **2F79.2D9D.C76F.EB89**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL
3.830.550 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/11/12

NOME
JOAQUIM DA SILVA MARQUES

FILIAÇÃO

MARIA DA SILVA SANTOS

JOAQUIM MARQUES DE SOUSA

NATURALIZADO

CRISTINO CASTRO-PI

DOC. 0919001

CERT. NASC. 3689-L-AS-F-136

EXP. CRISTINO CASTRO-PI 07/03/12

TERCEIRA - PI

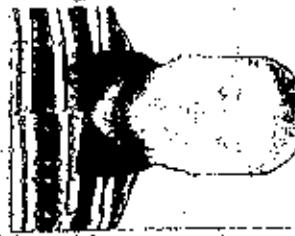
015.819.503-57

LIC. Nº 7.176 DE 20/08/08 - DECRETO Nº 62.250/03

DATA DE NASCIMENTO

03/09/1980

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



Joaqui m da Silva Marques
0000727

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE

8B65.8E1A.D74B.9FB1.

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

03.4810.21.00.000 - 12/09/2012 (hora e data de Brasília)

Nota verificadora: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

015.819.503-57

Nome:

JOAQUIM DA SILVA MARQUES

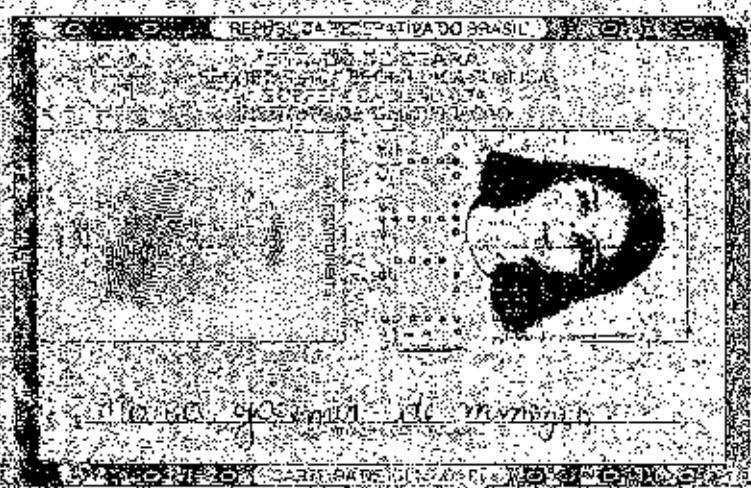
Nascimento:

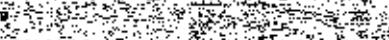
03/09/1980

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

FIC DPVAT
GRANDBERG
31 JUL 2015

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL		DATA DE EXPIRACAO
MUNICIPIO DE CAXIAS DO SUL		5/7/1999
NOME DO CERTIFICADO		
MARIA JUCIMIR DE MENEZES		
NOME DO CONEGUEIRO		
JOSE SANTO DE MENEZES E FRANCISCO		
NOME DA MULHER		
GRACIENE MELO MENEZES		
LOCAL DE CASAMENTO		DATA DE NASCIMENTO
TAZAZETRAS-RS		14/4/1966
LUGAR DE CERTIFICAÇÃO		16/7/1999
CARTORIO DE IPAMIRIM-ES		A.G.C.
ASSINATURA DO DIRETOR		
LEIA E ASSINE NESTA FOLHA DE 29/06/99		



Nome	MARIA JOCEMIR DE MENEZES	
Nº do Documento	892115023-49	
	Data de Nascimento 14/09/82	
		

9405 4497



ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RONALDO GUTTENBERG

1080-1



NÃO PLASTIFICAR

4A503171

Maria... J - VTM - VTM

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CERTIFICADO
CERT.

52.322.810-8 1 via

DATA DE EXPEDIÇÃO 28/11/2014

NOTA:

MARIA ISADORA MENEZES MARQUES

FEMININO

JOAQUIM DA SILVA MARQUES
MARIA JOCEMIR DE MENEZES

NATURALIDADE

IPAUMIRIM - CE

DATA DE NASCIMENTO

13/02/2003

EPOG DAVEN

IPAUMIRIM-CE IPAUMIRIM CN:LV.A14 /FLS.39 /Nº11872

CNPJ

490251188/60

Roberto Avila
Assessor de Relações Institucionais
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número

490.251.188-60

Nome

MARIA ISADORA MENEZES MARQUES

Nascimento

13/02/2003

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31



Instrumentos de identificação



40012*

REPU BLCIA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE SÃO PAULO		PERÍODO 59.322.718-9 1 via DATA DE EXPEDIÇÃO 28/11/2014	
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA		NOME JONATHAS MENEZES MARQUES	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO DUMBLETON DAINT		PAIS/ALOJAMENTO JOAQUIM DA SILVA MARQUES	
		MARIA JOCEMIR DE MENEZES	
POLIGRAMA CERTO		NATURALIDADE AURORA - CE	
		DATA DE NASCIMENTO 19/01/2007	
52303268		POCO ORIGEM IPAUIMIRIM-CE IPAUIMIRIM ON:LV.A16/FLS#8 /Nº12648	
Assinatura do Titular		CPF 490251798/19	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		Roberto Andrade Assinatura do Diretor	

2000003 - 1921.000/001 | 1921.000/00003

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
490.251.798-19

Nome
JONATHAS MENEZES MARQUES

Nascimento
19/01/2007

CÓDIGO DE CONTROLE
604A.DB3A.64FA.F008



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:57:56 do dia 09/01/2018 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CÓDIGO DE CONTROL E

2E80.C6F7.412EA1D1



12.2.1 - Áreas de identificação

• 3013

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:20:01 do dia 07/02/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



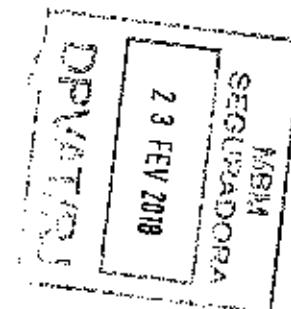
**Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPE**



Número
480.089.050-33

Nome
ANDRESSA RIELLY DE MENEZES

Nascimento
14/03/2001



AVISO DE SINISTRO DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

28-69354.

DATA DO ACIDENTE: 27/04/2015

COBERTURA RECLAMADA:

- Morte
- Invalidez Permanente
- DAMS - Despesas Assist. Médica e Suplementares

Nome da vítima <i>MARIA JOCEMIR DE MENEZES</i>	Data de nascimento <i>19/09/1982</i>	CPF <i>892.415.023-49</i>
Nome do reclamante <i>JOAQUIM DA SILVA MANESES</i>	RG <i>3.830.580</i>	CPF/CNPJ <i>015.819.503-57</i>

Qualificação do reclamante - Telefone para contato ()

<input type="checkbox"/> Vítima	<input type="checkbox"/> Beneficiário	<input type="checkbox"/> Procurador	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
Endereço do reclamante <i>Rua: JOSÉ Vitorino da Silva</i>	Número <i>517</i>	Cidade <i>Gustavo Cardoso</i>	Estado <i>PB</i> CEP <i>64.920.000</i>
Nome do beneficiário principal <i>JOAQUIM DA SILVA MANESES</i>	Número <i>517</i>	Cidade <i>Gustavo Cardoso</i>	Estado <i>PB</i> CEP <i>64.920.000</i>

Documentos Necessários

Obrigatórios a qualquer situação:	Em Caso de morte:	Despesas Médicas:	Invalidez Permanente:
Boletim de Ocorrência Policial (original) ou cópia autenticada pelo próprio Gengô Expedidor.	Certidão de Óbito (cópia autenticada).	Relatório do Primeiro Atendimento Médico, da data do acidente, informando as lesões sofridas e o tratamento realizado.	Laudo de Lesões Corporais expedido pelo IML da circunscrição do acidente, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima (cópia autenticada), ou;
DUT - Documento Único de Trânsito (cópia frente e verso) correspondente ao período de licenciamento em que ocorreu o acidente.	Certidão de Casamento com data atualizada ou Declaração de Convivência (pública), quando for o caso, ou;	Comprovantes das Despesas médicas e hospitalares e de farmácia, com os respectivos recitulários (originais).	Certidão da Delegacia de Polícia declarando que não há IML na cidade, quando for o caso e;
Procuração extraída em Cartório (original) específica para recebimento do Seguro DPVAT, quando o reclamante for analfabeto ou estiver sendo representado por terceiros. Xerox autenticada do CPF e RG e comprovante de residência do procurador.	Declaração de Únicos Herdeiros assinada por todos os beneficiários e com duas testemunhas, para as demais situações. Juntar CPF e RG das testemunhas.	Termo de Cessão de Direitos passado pela vítima ou seu responsável legal, a favor do Hospital ou do Terceiro que pagou as despesas, quando for o caso (formulário fornecido).	Relatório do Médico Assistente consignando o grau de redução funcional do órgão ou membro lesado.
CPF e RG da Vítima ou Certidão de Nascimento quando se tratar de menor e não possuir carteira de identidade (cópias simples).			
Comprovante de Residência (conta de luz, gás, telefone) em nome do beneficiário.			
CPF e RG do Recebedor/Procurador (cópias simples) e comprovante de residência.			
Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização assinada pelo favorecido/beneficiário (formulário fornecido).			

FIC DPVAT
GRANDBERG
11 JUL 2015

Beneficiários do Seguro

De acordo com a Lei 6.194 de 19/12/74 o beneficiário é o cônjuge, na constância do casamento, equiparando-se como tal a (o) companheira (o) e, na falta destes, os herdeiros legais segundo a Lei das Sucessões.

Companheira (o): Deverá comprovar satisfatoriamente essa condição.

IMPORTANTE

Quando o beneficiário for Hospital, ou o procurador for pessoa jurídica é necessário o envio de xerox autenticada do Contrato Social ou Estatuto do Hospital, bem como xerox autenticada do CPF, RG e comprovante de residência de seu representante legal.

Obs.: Reservamo-nos o direito de requisitar a apresentação de outros documentos, caso sejam necessários.

L emano - 25 14/07/2015

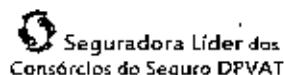
Local e Data

Assinatura

VARÉ BRAS
8908116-6588

NOT. W.F. MFC. E. 2200 MCI.
DO MTCNTE
BLACK MFC. PRACTICAL WORKER. OF MCI E 6411 TEE
CET NMC. OF FL. ADDRESS

PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO



SINISTRO

Número do Protocolo: ASP-184873/2015

Natureza:Morte

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vitima: MARIA JOCEMIR DE MENEZES	Dependência: 551	Data de Nascimento: 14/04/1982
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A	CPF da Vitima: 892.115.023-49	Data do Sinistro: 26/04/2015
CPF de: Próprio	Titular do CPF: MARIA JOCEMIR DE MENEZES	

DOCUMENTOS SINISTRO

Documento	Data	Status	Observação
Boletim de ocorrência	31/07/2015	Entregue	

DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO

Nenhum documento de beneficiário entregue.

CONTATO

Nome:

Telefone:

Celular:

Aviso de sinistro provisório por insuficiência na documentação mínima para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados no anexo, ficarão aguardando os demais necessários à continuidade da regulação do sinistro.

Data de emissão deste aviso provisório: 31/07/2015



1924-2014

Hospital
Dona Balbina 90 Anos

SAE - SALA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Name: Amyia lacustris

Idade: 33 Data: 26/04/15 HD: Indumento

História da Moléstia atual:

EXAME FÍSICO

Nível de Consciência	Pupilas	Respiração	Pulso	Abdome	Eliminação Urinária
() Consciente	() Isocórica	() Eupneico	() Pres. () Aus.	() Plano	() Exponânea
() Inconsciente	() Midriase	() Dispneico	() Rítmico	() Globoso	() Disúria
() Orientado	() Anisocórica	() Cateter O2	() Arrítmico	() Doloroso	() Hematúria
() Desorientado	() Fotonegantes	() Máscara O2	() Cheio	() Distendido	() SVD
() Glasgow	() Não-reagentes	() TOT	() Fino	() Flácido	() Anúria

Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem	Horário
() 1 - Confusão aguda;	() Observar e anotar nível de consciência;	
() 2 - Dor;	() Observar, anotar e comunicar queixas algicas;	
() 3 - Padrão respiratório ineficaz;	() Verificar SSVV;	
() 4 - Troca de gases prejudicada;	() Aspirar e anotar aspecto da secreção de ___ / h ou S/N;	
() 5 - Desobstrução ineficaz das vias aéreas;	() Avaliar perfusão periférica e comunicar se há alteração;	
() 6 - Débito cardíaco diminuído;	() Observar e anotar aspecto local do acesso venoso;	
() 7 - Perfusion tissular prejudicada;	() Observar e anotar presença de vômito ou diarréia;	
() 8 - Ventilação espontânea prejudicada;	() Elevar a cabeceira;	
() 9 - Eliminação urinária alterada;	() Realizar apoio emocional;	
() 10 - Eliminação intestinal alterada;	() Observar e anotar eliminação vesico-intestinais;	
() 11 - Mobilidade física prejudicada;	() Realizar mudanças de decúbito de ___ / h;	
() 12 - Déficit no auto-cuidado: alimentação;	() Restringir () MMSS () MMII;	
() 13 - Déficit no auto-cuidado: higiene/ banho;	() Observar, anotar e comunicar sangramentos;	
() 14 - Integridade da pele prejudicada;	() Aquecer/ enfaixar;	
() 15 - Ansiedade;	() Manter repouso _____;	
() 16 - Risco para alteração da temperatura corporal;	() Desprezar e anotar débito _____;	
() 17 - Risco para prejuízo da integridade da pele;	() Realizar curativo _____;	
() 18 - Risco para infecção;	()	
() 19 - Risco para aspiração;	()	
() 20 - Risco para trauma;	()	
() 21 -	()	
() 22 -	()	
Enfermeiro:		Coren:



1924-2014

Hospital

Hospital
Dona Balbina 90 Anos

SAE - SALA DE URGENCIA E EMERGÊNCIA

Name: John Doe Grade: 7

Idade: 39

Data: 2010-115 H

ID: Mr. Hatch

Nível de Consciência	Pupilas	Respiração	Pulso	Abdome	Eliminação Urinária
() Consciente	() Isocórica	() Eupneico	() Pres. () Aus.	() Plano	() Expontânea
() Insconsciente	() Midriase	() Dispneico	() Rítmico	() Globoso	() Disúria
() Orientado	() Anisocórica	() Caletér O2	() Arrítmico	() Doloroso	() Hematória
() Desorientado	() Fotorreagentes	() Máscara O2	() Cheio	() Distendido	() SVD
() Glasgow	() Não-reagentes	() TOT	() Fino	() Flácido	() Anúria

Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem	Horário
() 1 - Confusão aguda;	() Observar e anotar nível de consciência;	
() 2 - Dor;	() Observar, anotar e comunicar queixas algícas;	
() 3 - Padrão respiratório ineficaz;	() Verificar SSVV;	
() 4 - Troca de gases prejudicada;	() Aspirar e anotar aspecto da secreção de ___ / h ou S/N;	
() 5 - Desobstrução ineficaz das vias aéreas;	() Avaliar perfusão periférica e comunicar se há alteração;	
() 6 - Débito cardíaco diminuído;	() Observar e anotar aspecto local do acesso venoso;	
() 7 - Perfusion tissular prejudicada;	() Observar e anotar presença de vômito ou diarréia;	
() 8 - Ventilação espontânea prejudicada;	() Elevar a cabeceira;	
() 9 - Eliminação urinária alterada;	() Realizar apoio emocional;	
() 10 - Eliminação intestinal alterada;	() Observar e anotar eliminação vesico-intestinal;	
() 11 - Mobilidade física prejudicada;	() Realizar mudanças de decúbito de ___ / h;	
() 12 - Déficit no auto-cuidado: alimentação;	() Restringir () MMSS () MMII;	
() 13 - Déficit no auto-cuidado: higiene/ banho;	() Observar, anotar e comunicar sangramentos;	
() 14 - Integridade da pele prejudicada;	() Aquecer/ enfaixar;	
() 15 - Ansiedade;	() Manter repouso _____;	
() 16 - Risco para alteração da temperatura corporal;	() Desprezar e anotar débito _____;	
() 17 - Risco para prejuízo da integridade da pele;	() Realizar curativo _____;	
() 18 - Risco para infecção;	()	
() 19 - Risco para aspiração;	()	
() 20 - Risco para trauma;	()	
() 21 -	()	
() 22 -	()	
Enfermeiro:		Coren:



LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS PORTOLAB

Rua: João Salgueiro, 297 Centro
Telefone: (19) 3585 5002 / 3585 5003
email: portolablaboratorio@gmail.com
CNES - 2747324

Dr. Celso Ricardo Sacco
CRBM: 1-6849

Paciente: MARIA JOCEMIR DE MENEZES
Idade...: 33A
Medico...: Dr(a). LUDIMILA ALMEIDA SILVA
Convênio: PS-SUS

Nº.....: 143495
Cadastro: 26/04/2015 14:49
Emissão.: 26/04/2015 15:09
Destino.: PS-VERMELHO

HEMOGRAMA COMPLETO

Data da Coleta: 26/04/2015

Dr. Celso Ricardo Sacco

ERITROGRAMA

		Homens	Mulheres
Hemacias.....	2.43	mlh/mm ³	3.6 - 5.5
Hemoglobina.....	7.6	g/dl	12.0 - 16.0
Hematocrito.....	21.2	%	38.0 - 52.0
H.C.M.....	31.3	uug	27.0 - 33.0
V.C.M.....	87.2	u3	80.0 - 103.0
C.H.C.M.....	35.8	g/dl	32.0 - 36.0
R.D.W.....	188.000	%	11.5 - 15.0

Morfologia: Anisocitose
Hipocromia discreta

LEUCOGRAMA

	Total	Percentual	Total/mm ³
Leucocitos.....	16600	/mm ³	4000 - 11000
Blastos.....	0	0	0 - 0
Granulócitos.....	0	0	0 - 0
Mielocitos.....	0	0	0 - 0
Metamielócitos.....	0	0	0 - 100
Bastões.....	2	332	0.0 - 10.0
Segmentados.....	76	12616	35.0 - 72.0
Eosinófilos.....	1	166	1.0 - 6.0
Basófilos.....	0	0	0.0 - 1.0
Linfocitos Típicos.....	19	3154	20.0 - 35.0
Linfocitos Atípicos.....	0	0	0.0 - 1.0
Monocitos.....	2	332	2.0 - 10.0
Plaquetas.....	188.000	/mm ³	140.000 - 440.000

Morfologia: Nêutrofílos granulações tóxicas discretas

METODOLOGIA

Contagem Eletrônica por
KX-21N - Sysmex-Roche

PASSO FIM

Confirado, liberado e assinado por Dr. Celso R. Sacco CRBM: 6849

15.2.2015

O valor preditivo dos exames deve ser correlacionado com os dados clínicos do paciente e deve ser analisado pelo médico responsável em conjunto com a história clínica do paciente.

* Este laboratório participa dos programas de Controle de qualidade filiado ao SBPC regulamentado pela ANVISA.



LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS PORTOLAB

Rua: João Salgueiro, 297 Centro
Telefone: (19) 3585 5002 / 3585 5003
email: portolablaboratorio@gmail.com
CNES - 2747324

Dr. Celso Ricardo Sacco
CRBM: 1-6849

Paciente: MARIA JOCEMIR DE MENEZES
Idade...: 33A
Médico.: Dr(a). LUDIMILA ALMEIDA SILVA
Convênio: PS-SUS

Nº.....: 143495
Cadastro: 26/04/2015 14:49
Emissão.: 26/04/2015 15:09
Destino.: PS-VERMELHO

TEMPO DE PROTROMBINA (TAP)

Data da Coleta: 26/04/2015

Resultado.....: 18.2 segundos.
58,5 % de Atividade
1,55 INR

valores de Referência: 70 a 110% de Atividade

valores de Referência: p/ pacientes em uso de antivitamina K: 25 a 35%

MATERIAL: Plasma Cítratado.

METODO.: QUICK

TROMB.PARC/ATIVADA (TTPA)

Data da Coleta: 26/04/2015

Resultado.....: 39 segundos. valores de Referência:
30 a 40 segundos

Método: Nefelometria.

PASSEI EMAIL
26/04/15
15:27 HS

Conferido, liberado e assinado por: Dr. Celso R. Sacco CRBM: 6849

O valor preditivo desses exames deve ser correlacionado com os dados clínicos do paciente e deve ser analisado pelo médico responsável em conjunto com a história clínica do paciente.

* Este laboratório participa dos programas de Controle de qualidade filiado ao SBPC regulamentado pela ANVISA.

Hospital Dona Balbina
Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira
Agência Transfusional

HEMONÚCLEO REGIONAL DE ARARAQUARA

Doação N.º: 3035150409020

Data de Coleta: 01/07/15

Data Validade: 21/05/15

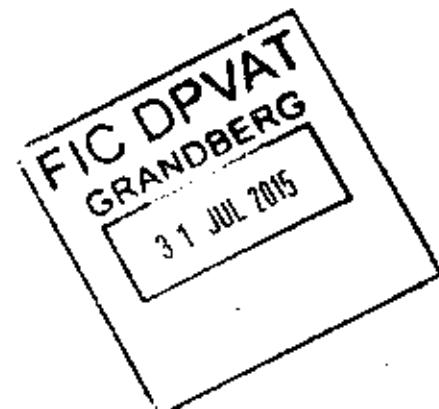
Iniciais Doador: LPPT

Quantidade da Bolsa: 388 ml

Tipo de Hemocomponente CH

Grupo O RH Negativo

MOD. 44



Porto Ferreira, _____

Paciente: _____

Tipo Sanguíneo _____ RH _____

PROVA CRUZADA MAIOR

Prova cruzada "COMPATÍVEL" com o doador

N.º 9020 Tipo sanguíneo O RH Negativo

Denise R.B.Bibiano
Biomédica
CREM 8063

Resp. Banco de Sangue



Pedido de Exame

Nome: Maria Joaquina de Menezes

Quarto N.o _____ Dr. _____

Tipo Internação: _____

Material: _____

Exame: Radiô X de bônus PA

Laboratório: de rebaço AP

Data: 10/01/01 Hora: 10:00 AP + P

coxa e AP + P

Cervical AP

Dra. Ludmila Almeida Silva
CRM 150.261

Médico

Mod. 075



Pedido de Exame

Nome: Maria Joaquina de Menezes

Quarto N.o _____ Dr. _____

Tipo Internação: _____

Material: _____

Exame: Urografia - DTPA

Laboratório: _____

Data: 10/01/01 Hora: _____

Dra. Ludmila Almeida Silva
CRM 150.261

Médico

Mod. 075

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Dados Do Paciente

Paciente: MARIA JOCEMIR DE MENEZES	Prontuario: 80688	
Nasc.: 14/04/1982	Idade: 33 Anos	Cor: Branca
Conjuge: NAEINTON COUTINHO DUARTE	Religião: OUTROS	
Sexo: Feminino	Estado Civil: Amasiada.	
Natural de: CAJAZEIRAS	Fone: 1935891284	C.N.S: 898000471628176
Identidade:	C.P.F.: 965	Local Trabalho:
Profissão: NENHUM CBO	End.: JOSE GOMES	Compl.:
Bairro: PORTO BELLO	Cidade PORTO FERREIRA	
Estado: SP	Cep.: 13660000	e FRANCISCA CHAGAS DE MENEZES
Filiação: JOSE SABINO DE MENEZES		

Dados Da Internação

Registro: 16698	Data Internação: 26/04/2015	Hora: 17:25
Medico: FERNANDO RAMOS	CRM: 108552	CPF: 175.597.918-59
Convenio: 1 SUS	Titular: MARIA JOCEMIR DE MENEZES	
CDC: 3 CLINICA CIRURGICA	Plano / Empresa:	
Bloco: 00001 Ac.: APARTAMENTO	Leito: 0028B	
Matricula:	Guia:	Validade: 30/12/1899
Clinica: Cirúrgica	Repcionista: DAIANEKAERLI	
Observação:		

Nome do Responsável: NAEINTON COUTINHO DUARTE

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a execução de todos os procedimentos médicos ou cirúrgicos pelo seu corpo clínico, responsabilizando-me pela retirada imediata do paciente, quando solicitado pela direção clínica ou hospitalar. Não responsabilizo o hospital por fulga ou qualquer pleito de indenização por danos materiais e financeiros ou extravio de pertences pessoais.
 Declaro estar ciente de que o hospital, não se responsabiliza por objetos de valores do paciente (ex: joias, dinheiro, óculos e etc...)
 Ao interná-lo devo retirar do paciente esses objetos e guarda-los sob meus cuidados.

DECLARAÇÃO

Declaro ainda estar ciente que a internação pelo SUS - Sistema Único de Saúde, é em enfermaria e sem direito a acompanhante (exceto paciente acima de 60 anos, menores de 18 anos e deficientes físicos) é TOTALMENTE GRATUITA, sem nenhum onus para o paciente não sendo devido qualquer pagamento a qualquer profissional, seja a que título for.
 Firmo presente para que produza os efeitos legais.



Assinatura do Paciente ou Responsável

IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA
Hospital Dona Balbina



Nome do Paciente: Júlio Cesar de Oliveira

Registro N°: 16698

Médico D

Feliz aniversário

Quarto / Leito:

Convênio: Sus

IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA
Hospital Dona Balbina



Nome do Paciente: _____ Médico Dr. _____
 Registro N°: _____ Quarto / Leito: _____ Convênio: _____

EVOLUÇÃO MÉDICA

Data	Observações
26/04/15	Início hospitalização semi-intensiva
01/05/15	Paciente vítima de acidente automobilístico, c/ mecanismo agudo de lesão (TCE grave c/ Fratura Temporo-parietal Bilateral + Hematoma extradural bilateral parietal) + Fratura Parietal abrindo + contusão abdominal (laparostomia francesa) está sedado, em VM porto. Sintomas viscerais
02/05/15	Afinava-se para abd.
03/05/15	AC: 130 mmHg - CIC: 100 mmHg - ZT: 2500 ml
04/05/15	PA: 170x90 mmHg - FC: 120 bpm. SATOZ: 95%
05/05/15	Cat. Sócio Vidas Unidade CROSS II Anamnese
06/05/15	Suporte Intensivo
07/05/15	Ward Cardiologia Sp. Cardiologista CRM SP 128.934

*IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA
HOSPITAL DONA BALBINA*

PACIENTE: Antonio Gómez

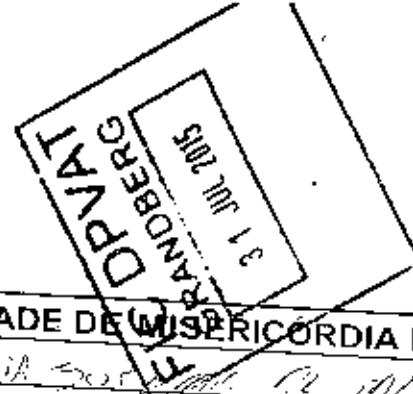
FRONT:

DATA	HORA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
06/01/15	16:00	Cliente admitida no consultório de enfermagem. Submetendo a laparotomia exploradora e verificando as S/s Fernando Ramon representando TOT nº 715, SJD com dor abdominal, com pressão da parede sanguinolenta SNG em drenagem, túnica parietal em mictis, contusões em MSE e D, medula óssea com BI de 20 ml/l, acomodada em SO - O2, instalado multiperfuso que auxiliador e ex am. Natura T. Beltrame Tec. Enfermagem COREN-SP 687930
06/01/15	16:15	Domicílio de resgate pelo Dr. Fernando Ramon com auxílio do Dr. Fernando Miyada Natura T. Beltrame Tec. Enfermagem COREN-SP 687930
06/01/15	16:20	Liberado para E → no domicílio dirigido a 3035150400020; data de readmissão de 10/05/15; iniciou drogas EPT; exames C Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
06/01/15	16:40	Administrador de OS em Kipogel EU; pacas Dra. Jussi. Natura T. Beltrame Tec. Enfermagem COREN-SP 687930
06/01/15	17:00	Informes das laparotomias para Dr. Fernando Ramon com auxílio do Dr. Fernando Miyada Natura T. Beltrame Tec. Enfermagem COREN-SP 687930
06/01/15	17:00	Início da operação no OR de Pneumologia realizada no S. da Clínica Natura T. Beltrame Tec. Enfermagem COREN-SP 687930
06/01/15	17:30	Finalização da Blenorragia T-S na T-10 com sangramento no 303515041304, data readmissão 18/05/15, iniciou drogas EPT; exames C Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
06/01/15	17:35	Informações OS Blenorragia T-S na T-10 Dra. Tania Natura T. Beltrame Tec. Enfermagem COREN-SP 687930

*IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA
HOSPITAL DONA BALBINA*

PACIENTE: José Maria Fernández Pérez PRONT:

DATA	HORA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
26/04/15	18:30	Liberme da Bela da C.D de fisionomia des- gostoso n.º 3035150413037, data de validade: 18/05/15; inscrição: TSD; grupo O ⁺ Nayara L.T.Beltrame Téc Enfermagem COREN-SP 587930
26/04/15	18:35	Liberme da Bela da C.D de fisionomia des- gostoso n.º 3035150413037, data de validade: 18/05/15; inscrição: TSD; grupo O ⁺ Nayara L.T.Beltrame Téc Enfermagem COREN-SP 587930
26/04/15	18:40	Liberme da fisionomia de # da Penha de Ammis, que é Ronaldo, exercícios da Ordemato Nayara L.T.Beltrame Téc Enfermagem COREN-SP 587930
26/04/15	18:50	Cliente mantém TOT, SVV com desse- hematização, inscrições C.D de fisionomias color descolorido, mantém SVVV. após medicina e etc. etc. etc.
26/04/15	19:05	Cliente encaminhado p/ T.O.MQ, refeita ação médica.



IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA

Nome A. ZIA Idade 32 Sexo M
Data da Internação 11/10/11 Registro 16.638 Leito A Peso

Sala de Monitoração de Paciente

Data 26/04/15 Médico /
Diagnóstico

6698

DÉBITO CENTRO CIRÚRGICO

R. 36698

DATA 20 / 04 / 45

NOME DO PACIENTE Maria Joaquina de Oliveira CONVÉNIO SUS
 CIRURGIA fissacão de ferida ECD INICIO 17:20 FIM 18:30
 CIRURGÃO Ronaldo AUXILIAR José Lourenço
 ANESTESISTA Luis ANESTESIA general
 CIRCULANTE marcelo OBSERVAÇÕES
Tec. Enfermagem SP-07930

Item	Material	QTD	MEDICAMENTOS	QTD	MATERIAL	QTD
	Abocath		A.D. 1000 ml		Algodão (fio)	
	Água oxigenada		A.D. 10 ml		Catgut cromado	c/a
	Aguilha		Alfast		Catgut cromado	s/a
	Aguilha		Aramin		Catgut simples	c/a
	Aguilha 13x4,5		Decadron		Catgut simples	s/a
	Aguilha 25x7		Dipirona		Monocril --	
	Aguilha 30x7		Dormenid		Monofil --	
	Aguilha 40x12		Etomidato		Nylon --	c/a
	Aguilha de peridural		Efrane		Nylon --	c/a
	Aguilha para Blocoio		Fentanil (ampola)		Nylon --	s/a
	Aguilha raqui		Fentanil (fr)		Nylon --	s/a
	At agodão		Forone		Poliester	
	Al crepe		Kefazol		Poliester (Ethibond)	
	Al gesso		Keflin		Seda	c/a
200	Clorexidina alcoólica		Neocaina 0,5% s/v		Seda	s/a
100	Clorexidina degermante		Neocaina isobárica		Vicril	c/a
	Coletor sistema fechado		Neocaina 0,5% c/v		Vicril	c/a
	Compressa 25x13		Neocaina pesada			
10	Compressa 45x43		Novabupi c/v			
	Degermante		Novabupi s/v		F SF 1000 ml	<input checked="" type="checkbox"/>
	Dreno		Omeprazol		Hemacel	
	Eletrodo		Plasif		S. Ringer 500 ml	
05	Equipo		Profenid ev		SF 100 ml	
	Equipo 2 vias		Propofol		SG 5% 500 ml	
05	Escova cirúrgica		Prostigmine		SGF 1000 ml	
	Espasador		Rocuron	05	Isocat	
10	Gaze		Sevorane	04	30351504J3C25 (CT)	
	In Stopper		Sofucortef mg			
01	Lâmina de bisturi 11		Succinat	01	1 hemodiluição dilucaç n°	
01	Lâmina de bisturi 15		Tilalil 40 mg	01	Equipamento	
03	Luva estéril 7.0		Tracur		Desligado	
02	Luva estéril 8.5		Xylestesin 1 % s/v		Bisturi	
	Luva estéril		Xylestesin 2 % c/v		Bomba infusão	
05	Luva procedimento		Xylestesin 2 % s/v		Capinógrafo	
	Micropore		Xylestesin gel		Cardioversor	
	S. endotraqueal		Xylestesin pesada		Desfibrilador	
	S. endotraqueal s/ cuff	02 bainha 350			ECG	
02	Seringa 10 ml	02 bain. 300			Microscópio	
03	Seringa 20 ml	40 cm x 20 ml bainha pura			Monitor	
02	Seringa 3 ml	08 jato de shank 250			Multiparametro	
03	Seringa 5 ml				Nitrogênio	
	Sonda foley				Óxido Nitroso	
	Sonda traqueal			1	Oxigênio	
	Tanjura				Óximetro	18 1.20
	Tópico					

100

R: 466.9.8

DÉBITO CENTRO CIRÚRGICO

DATA *z*, *g*, *v*, *t*, *f*, *g*

AL. COTON	AL. MATERIAIS	COTID	AL. MEDICAMENTOS	COTID	AL. EQUIPAMENTOS	
	Abocath		A.D. 100 ml		Algodão (fio) 20	
	Água oxigenada	04	A.D. 10 ml		Catgut-cromado	
	Aguilha		Alfast		Catgut-cromado	
	Aguilha		Aramin		Catgut simples	
	Aguilhá 13x4,5		Decadrôn		Catgut simples	
03	Aguilha 25x7		Dipirona		Monocril	
05	Aguilha 30x7		Dormonid	01	Monofil 30	
08	Aguilha 40x12	1	Elemidato		Nylon	
	Aguilha de peridural		Efrano		Nylon	
	Aguilha para Bloqueio		Fentanil (ampola)		Nylon	
	Aguilha rágui		Fentanil (fr)		Nylon	
	At agodão		Forone		Pollester	
	At crepe	22	Ketazol		Poliester (Ethibond)	
	At gesso		Keflin		Seda	
	Clorexidina alcóolica		Neocaina 0,5% s/v		Seda	
000	Cloroxidina desgermante		Neocaina isobárica		Vicril	
	Coletor sistema fechado		Neocaina 0,5% c/v		Vicril	
	Compressa 25x13		Neocaina pesada	3	Ethilon 1	
20	Compressa 45x43		Novabupi c/v	020104	MONITOR	
	Desgermante		Novabupi s/v		SF 1000 ml	
	Drena		Omeprazol		Hemacel	
	Eletrodo		Plasil		S. Ringer 500 ml	
	Equipô	1	Profenid ev		SF 100 ml	
	Equipô 2 vias		Propofol		SG 5% 500 ml	
03	Escova cirúrgica	7	Prostigmine		SGF 1000 ml	
	Esparadrapo		Rocuron	1	SF 500 ml	
408	Gaze	10 ml	Sevorane	1	SF 1000 ml	
	In Stopper		Solucolef mg			
1	Lâmina de bisturi	24	Succírat			
	Lâmina de bisturi		Tilitil 40 mg	10:15	Algodão	
03	Luva estéril 7-5	11	Tracur	1	Aspirador	19:00
01	Luva estéril 7-0	1	Xylestesin 1 % s/v	10:15	Bisturi	19:00
01	Luva estéril 8-0	0	Xylestesin 2 % c/v		Bomba infusão	
15	Luva procedimento		Xylestesin 2 % s/v	16h	Capinógrafo	19:05
6000	Micropore		Xylestesin gel		Cardiovêrsor	
	S. endotraqueal		Xylestesin pesada		Desfibrilador	
	S. endotraqueal s/ cuff	03	Sonda venosa n° 20		ECG	
08	Seringa 10 ml	1			Microscópio	
06	Seringa 20 ml	1			Monitor	
05	Seringa 3 ml			16h	Multiparametro	19:05
021	Seringa 5 ml				Nitrogênio	
	Sonda foley				Óxido Nitroso	
101	Sonda traqueal n° 34			16h	Oxigênio	19:05
	Tintura			16h	Oxímetro	
	Tópico					

Hospital Dona Balbina da Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira

FICHA DE ANESTESIA		NOME: Maria Joaquina da MENCOS		MATRÍCULA:		
DATA 27/04/15	P. ARTERIAL 98x44	PULSO 132	RESPIRAÇÃO T.O.T.	TEMPERATURA —	PESO —	ALTURA —
EXAMES DE SANGUE GR. SANGUINÉO 0° PISTOLA	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITO	CLOACEMIA	OOS. UREA	
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO		ELETROCARDIOGRAMA				
SISTEMA RESPIRATÓRIO		ASMA — BRONQUITE —				
SISTEMA DIGESTIVO		SISTEMA URINÁRIO				
ESTADO MENTAL		CORTICOIDES ATARÁXICOS OUTROS				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		RISCO IV E				
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES e DOSES)		APLICADO ÀS		EFEITO		
TOTAL DOSES						
Agentes Anestésicos	Oxigênio 100% 2 3					
Líquidos	SOLUTO 500 400 SANGUE 300 OUTROS 200					
Temperatura T	C.º 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. Arterial V A		SEQUÊNCIA				
P脉		1. Fase 30 seg 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15.				
Início e fim Anestesia X		2. Fase 24- 3. Fase 16- 4. Fase 8-				
Início e fim Operação O						
Respiração O						
Símbolos:		DURAÇÃO 2:304				
Técnicas: OTONEC		Incidentes - Acidentes:				
Operação: IAPAN torax deffinadura + TPO-crurgo a fundo no nais						
Cirurgiões: Dr. Fachada, Dr. L.R. França + Dr. Andrade da Silveira						
Anestesiistas: Dr. J. Góes Jardim						
Particularidades:		Condições pós oper. imediatas: T.O.T. / Seca				
Assinatura e Carimbo do Anestesiista						

FIC DPVAT
GRANDBERG
31 JUL 2015

FOLHA DE ANESTESIA



LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS PORTOLAB

Rua: João Salgueiro, 297, Centro
Telefone: (19) 3585 5002 / 3585 5003
email: portolablaboratorio@gmail.com
CNES - 2747324

Dr. Celso Ricardo Sacco
CRBM: 1-6849

Paciente: MARIA JOCEMIR DE MENEZES
Idade: 33A
Médico: Dr(a). WEBER SPEGIORIN SOUZA LEITE
Convênio: HOSP

Nº.: 143501
Cadastro: 26/04/2015 20:41
Emissão: 26/04/2015 21:07
Destino: CTI

HEMOGLOBINA

Data da Coleta: 26/04/2015

Resultado: 8.4 g/dL
52.5 %

Homens: 13.0 - 18.0 g/dL
Mulheres: 12.0 - 16.0 g/dL

HEMATOCRITO

Data da Coleta: 26/04/2015

RESULTADO: 24.5 %

Homens: 38.0 - 52.0 %
Mulheres: 36.0 - 47.0 %

UREIA

Data da Coleta: 26/04/2015
Referência: 16.0 mg/dL

Resultado: 30.3 mg/dL

Valores de Referencia:
15,0 a 40,0 mg/dL

Método: Enzimático UV.
(Automação computadorizada)

CREATININA

Data da Coleta: 26/04/2015
Referência: 0,1 - 1,0 mg/dL

Resultado: 1.05 mg/dL

Valores de Referencia:
0,4 a 1,3 mg/dL

Método: Cinético.
(Automação computadorizada)

Conferido, liberado e assinado por DR CALEO FERNANDO VOLTARELLI CRBM: 16013.

O valor preditivo dos exames deve ser correlacionado com os dados clínicos do paciente e deve ser analisado pelo médico responsável em conjunto com a história clínica do paciente.

* Este laboratório participa dos programas de Controle de qualidade filiado ao SBPC regulamentado pela ANVISA.*



LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS PORTOLAB

Rua: João Salgueiro, 297 Centro
Telefone: (19) 3585.5002 / 3585.5003
email: portolablaboratorio@gmail.com
CNES - 2747324

Dr. Celso Ricardo Sacco
CRBM: 1-6849

Paciente: MARIA JOCEMIR DE MENEZES
Idade...: 33A
Medico...: Dr(a). WEBER SPEGIORIN SOUZA LEITE
Convênio: HOSP

Nº.....: 143501
Cadastro: 26/04/2015, 20:41
Emissão: 26/04/2015, 21:07
Destino.: CTI

SODIO (Na+)

Data da Coleta: 26/04/2015

Resultado.....: 134 mmol/L

valores de Referencia:

Adultos: 135 - 148 mmol/L

Recém-nascidos: 134 - 144 mmol/L

Criança: 138 - 144 mmol/L

Metodo: Eletrodo Seletivo.

Equipamento AVL - 9180 ROCHE. Analisador de Electrolitos.
Nova metodologia a partir de 10.04.2013.

POTASSIO (K+)

Data da Coleta: 26/04/2015

Resultado.....: 3.9 mmol/L

valores de Referencia:

Adultos: 3.5 - 5.5 mmol/L

Recém-nascidos: 3.7 - 5.9 mmol/L

Criança: 3.4 - 4.7 mmol/L

Metodo: Eletrodo Seletivo.

Equipamento AVL - 9180 ROCHE. Analisador de Electrolitos.
Nova metodologia a partir de 10.04.2013.

Conferido, liberado e assinado por DR CALEO FERNANDO VOLTARELLI CRBM: 16013.

O valor preditivo dos exames deve ser correlacionado com os dados clínicos do paciente e deve ser analisado pelo médico responsável em conjunto com a história clínica do paciente.

* Este laboratório participa dos programas de Controle de qualidade filiado ao SBPC regulamentado pela ANVISA.

IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA

FICHA DE REGISTRO DE RESULTADOS DE EXAMES

NOME/PACIENTE:

Hospital Dona Balbina

Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira

Agência Transfusional

HEMONÚCLEO REGIONAL DE ARARAQUARA

Dação N°: 30354070005

Data de Coleta: 07/07/14

Data Validade: 10/07/15

Iniciais Doador: SC

Quantidades da Bolsa: 182 ml

Tipo de Hemocomponente: PFC

Grupo: RH



Positivo

Mod. 44

Hospital Dona Balbina

Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira

Agência Transfusional

HEMONÚCLEO REGIONAL DE ARARAQUARA

Dação N°: 303540710015

Data de Coleta: 10/07/14

Data Validade: 10/07/15

Iniciais Doador: MASG

Quantidades da Bolsa: 205 ml

Tipo de Hemocomponente: PFC

Grupo: RH



Positivo

Mod. 44

Hospital Dona Balbina

Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira

Agência Transfusional

HEMONÚCLEO REGIONAL DE ARARAQUARA

Dação N°: 303540710008

Data de Coleta: 10/07/14

Data Validade: 10/07/15

Iniciais Doador: MPJ

Quantidades da Bolsa: 183 ml

Tipo de Hemocomponente: PFC

Grupo: RH



Positivo

Mod. 44

Hospital Dona Balbina

Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira

Agência Transfusional

HEMONÚCLEO REGIONAL DE ARARAQUARA

Dação N°: 303540713037

Data de Coleta: 10/04/15

Data Validade: 10/05/15

Iniciais Doador: FSC

Quantidade da Bolsa: 256 ml

Tipo de Hemocomponente: CH

Grupo: RH



Positivo

Mod. 44

IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA

FICHA DE REGISTRO DE RESULTADOS DE EXAMES

NOME/PACIENTE: _____

unisus 17130

Hospital Dona Balbina
Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira

Agência Transfusional

HEMONÚCLEO REGIONAL DE ARARAQUARA

Doação N.º: 3033150413021

Data de Coleta: 13/04/15

Data Validade: 18/05/15

Iniciais Doador: EiG

Quantidade da Bolsa: 258 ml

Tipo de Hemocomponente CH

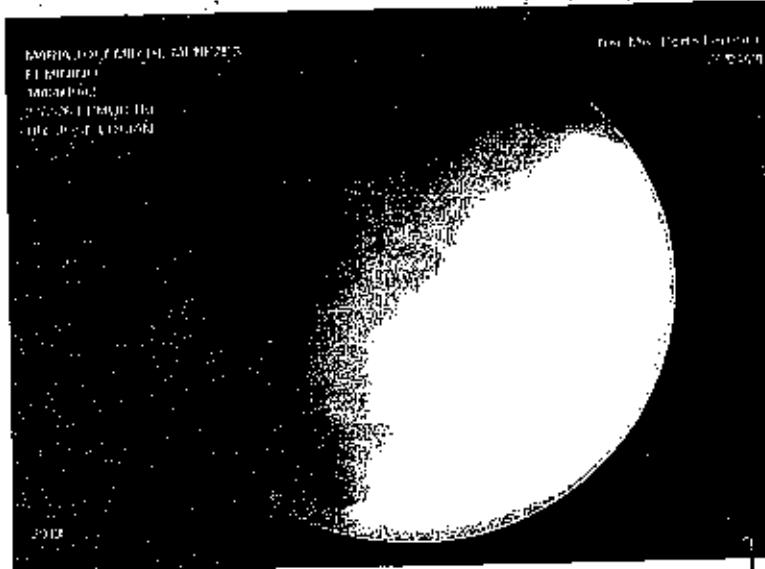
Grupo



RH

Positivo

MOD. 44



PEDIDO DE EXAMES

PACIENTE Virginia Locardi Nunez

N.º DE PRONTUÁRIO _____ IDADE _____ SEXO _____

CONVÊNIO

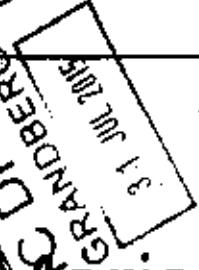
MÉDICO _____

PARA SER COLHIDO EM: ____/____/____ AS ____ HS

BIOQUÍMICA				
<input type="checkbox"/> ACIDO ÚRICO <input type="checkbox"/> BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES <input type="checkbox"/> CÁLCIO <input type="checkbox"/> PURÉIA <input type="checkbox"/> CREATININA <input type="checkbox"/> PROTEINOGRAMA <input type="checkbox"/> ALBUMINA <input type="checkbox"/> PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES <input type="checkbox"/> TGO <input type="checkbox"/> TGP <input type="checkbox"/> GAMA GT	<input type="checkbox"/> FOSFATASE ALCALINA <input type="checkbox"/> FOSFATASE ÁCIDA <input type="checkbox"/> PROSTÁTICA <input type="checkbox"/> DHL <input type="checkbox"/> CPK <input type="checkbox"/> CKMB <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> HOL <input type="checkbox"/> GLICEMIA <input type="checkbox"/> LDL <input type="checkbox"/> HB-GLICOSILADA <input type="checkbox"/> VLDL <input type="checkbox"/> MAGNÉSIO <input checked="" type="checkbox"/> SÓDIO	<input type="checkbox"/> TRIGLICÉRIDOS <input type="checkbox"/> LÍPIDOS TOTAIS <input type="checkbox"/> LIPIDOGRAMA <input type="checkbox"/> MUCOPROTEÍNAS <input type="checkbox"/> AMILASE <input type="checkbox"/> LIPASE <input type="checkbox"/> FÓSFORO <input type="checkbox"/> POTÁSSIO		
OUTROS:				
HEMATOLOGIA <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA <input checked="" type="checkbox"/> Hb - HI <input type="checkbox"/> ERITROGRAMA <input type="checkbox"/> LEUCOGRAMA <input type="checkbox"/> HEMOSSEMENTAÇÃO			<input type="checkbox"/> PLAQUETAS <input type="checkbox"/> RETICULÓCITOS <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> PROVA DO LAÇO <input type="checkbox"/> FIBRINOGÊNIO	<input type="checkbox"/> T. TROMBINA <input type="checkbox"/> T. PROTROMBINA <input type="checkbox"/> T. TROMBOPLASTINA PARCIAL <input type="checkbox"/> RETRAÇÃO DO COÁGULO <input type="checkbox"/> CÉLULA LE
IMUNOLOGIA TESTE PR. GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> PREGNOSTICON <input type="checkbox"/> BETA - HCG <input type="checkbox"/> PROTEÍNA C. REATIVA				
URINA <input type="checkbox"/> URINA TIPO 1 <input type="checkbox"/> DENSIDADE URINÁRIA <input type="checkbox"/> ISOLADA <input type="checkbox"/> GLICOSÚRIA <input type="checkbox"/> FRACIONADA <input type="checkbox"/> CETONÚRIA <input type="checkbox"/> 24 HORAS <input type="checkbox"/> PROTEINÚRIA			OUTROS:	
BACTERIOLOGIA MATERIAL _____ <input type="checkbox"/> CULTURA <input type="checkbox"/> AERÓBIA <input type="checkbox"/> ANAERÓBIA <input type="checkbox"/> BACTERIOSÓPICO <input type="checkbox"/> ANTIBIOTIGRAMA <input type="checkbox"/> PESQUISA BAAR <input type="checkbox"/> PESQUISA FUNGOS <input type="checkbox"/> HEMOCULTURA <input type="checkbox"/> AERÓBIA <input type="checkbox"/> ANAERÓBIA <input type="checkbox"/> ECOCARDIOGRAFIA BID - DOPPLER <input type="checkbox"/> MAPA <input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA <input type="checkbox"/> RAIO X _____ <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA _____ <input type="checkbox"/> HOLTER 24 HORAS <input type="checkbox"/> TESTE ERGOMÉTRICO <small>INTERROGAÇÃO CLÍNICA</small>			DATA: <u>26/01/14</u> CARMADO É ASSINATURA	

Controle de Sinais Vitais

NOME: Maria Joaquina de Menezes LEITO: REG.: 16693



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE



NOME: Maria Jocemir de Menezes

DATA NASCIMENTO: 14/04/1982

MÉDICO: Dr. Fernando Ramos

DATA DA INTERNAÇÃO 26/04/2015

FLEBITE

ÚLCERA POR PRESSÃO

QUEDA

ASPIRAÇÃO

EVASÃO

DESNUTRIÇÃO

OUTROS(ESPECIFICAR): _____



Identificação

Ficha Neurocirurgia/Neurologia

Data: 26/04/2015	Hora: 20:06:00
CRM: COMPLEXO REGULATÓRIO NORDESTE	DRS: DRS III - ARARAQUARA
Unidade Sólicitante: SCM DE PORTO FERREIRA	Município: Porto Ferreira
Telefone: (019) 35895500	Outros telefones:
Médico Solicitante: WEBER SPEGIORIN SOUZA LEITE	CRM/RMS: 103930 Celular: (09)
Nome do Paciente: MARIA JOCEMIR DE MENEZES	Nome da Mãe: FRANCISCA CHAGAS DE MENEZES
Sexo: Feminino	CNS: 898000471628176
Data de Nascimento: 14/04/1982	Idade: 33 anos 12 dias
Município do Paciente: PORTO FERREIRA	Médico Regulador Atual: CARLOS EDUARDO SOARES DOS SANTOS CRM Regulador Atual: 105196
PAD: PAULA GABRIELA ROSIN ANDRÉOLI	
Unidade de Regulação Atual: CROSS	

Dados Clínicos

Resumo Clínico/Exame Físico/Exames Subsidiários/Conduta Tomada

26/04/2015 23:34:57 - REG - CARLOS EDUARDO SOARES DOS SANTOS - CRM:105196

Lesão tipo: Trauma

Tempo de início do quadro

Data: 26/04/2015 Hora: 14:00

Detalhes do Trauma

Mecanismo do trauma: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

Tipo de trauma: Hematoma epidural

Perda de consciência:
Sim

Dados Clínicos

Antecedentes pessoais:
HIGIDEZ PRÉVIA

Resumo clínico:

Perda de consciência: Sim

Glasgow de entrada: 8

Déficit Motor:

Local do Déficit:

Pupilas:

Reflexo Fotomotor:

Exame Neurológico:

Tomografia/Ressonância Magnética/Exames de Imagens:
TC DE CRÂNIO: FRATURA TEMPORO-PARIETAL + HEMATOMA EXTRADURAL PARIETAL BILATERAL.Desvio da
Linha
Média:
Não

Exame Físico

Estado Geral:	Ventilação:	Consciência:	Sedação:	Glasgow:
PA: 0 x 0 mmHg	FC: 0	FR: 0	Temperatura:	Sat. O2: (%)
				Peso (Kg): 0

Outros Exames: X0; 7.6 / NT: 21.2

Em uso de droga Vasoativa:

Especifique:

26/04/2015 20:37:25 - REG - CARLOS EDUARDO SOARES DOS SANTOS - CRM:105196

Lesão tipo: Trauma

Tempo de início do quadro

Data: 26/04/2015 Hora: 14:00

Detalhes do Trauma

Mecanismo do trauma: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

Tipo de trauma:

Perda de consciência:

26/04/2015

Impressão de Ficha | SEM TÍTULO - FICHA_NEURO

CID 1:
S064 - Hemorragia epidural

CID 2:
Não Informado

1º Recurso

Especialidade - NEUROCIRURGIA

Justificativa dos Recursos solicitados

Adendo:[26/04/2015 20:25:42] SERVIÇO SOLICITADO NÃO DISPONÍVEL NO HOSPITAL DA ORIGEM

Prioridade de atendimento: 3 - Reenviar em 6 horas

Busca de Recursos

Unidade Receptora	Data de Contato	Médico Receptor	Vaga Cedida?
SANTA CASA SAO CARLOS	26/04/2015 21:34:00	000000 - VAGA ZERO	VAGA ZERO

Histórico

Solicitante	Unidade	Ação	Data/Hora
PAO - PAULA GABRIELA ROSIN ANDREOLI	SCM DE PORTO FERREIRA	Insereu a ficha	26/04/2015 20:25:42
REG - CARLOS EDUARDO SOARES DOS SANTOS - CRM:105196	SES-SP CENTRAL DE REGULAÇÃO O	Assumiu o caso	26/04/2015 20:36:26
REG - CARLOS EDUARDO SOARES DOS SANTOS - CRM:105196	SES-SP CENTRAL DE REGULAÇÃO D	Encaminhou Solicitação	26/04/2015 20:33:52
REG - CARLOS EDUARDO SOARES DOS SANTOS - CRM:105196	SES-SP CENTRAL DE REGULAÇÃO D	Atualizou a ficha	26/04/2015 20:37:25
REG - CARLOS EDUARDO SOARES DOS SANTOS - CRM:105196	SES-SP CENTRAL DE REGULAÇÃO D	Atualizou a ficha	26/04/2015 21:34:57
REG - CARLOS EDUARDO SOARES DOS SANTOS - CRM:105196	SES-SP CENTRAL DE REGULAÇÃO D	Finalizou a ficha	26/04/2015 21:34:57

Transferências

Usuário	Transferido para	Data/Hora	Justificativa
Não houve transferência de regulação.			

Indicações

Indicado Por	Indicado Para	Data/Hora
MARIA REGINA DE SOUZA	CARLOS EDUARDO SOARES DOS SANTOS	26/04/2015 20:33:49

Resolução

Resolução

A2 - VAGA ZERO

Unidade Receptora

SCM DE SAO CARLOS

Município

São Carlos

CRM

Médico Receptor

Recomendado Transporte em UTI ou transferência com acompanhamento médico:

Sim

Data: 26/04/2015 Hora: 21:34:56

Observações

FIM

Médico Regulador

CARLOS EDUARDO SOARES DOS SANTOS

CRM

105196

TARM

SERGIO LUIZ GOMES DE OLIVEIRA

FINALIZAÇÃO

Data: 26/04/2015 Hora: 21:34:56

Central de atendimento: (11) 3130-6700

Fax: (11) 3130-6755

[Fechar](#)

[Imprimir](#)



Hospital Dona Balbina

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

Paciente: MARIA JOCEMIR DE MENEZES

Nasc.: 14/04/1982

Sexo: Feminino

Registro: 16698

Medico: FERNANDO RAMOS

Convenio: 1

Diagnóstico de Internação:

Diagnóstico Infectoso:

Antimicrobiano Solicitado:

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ceftazidima | <input type="checkbox"/> Vancomicina | <input type="checkbox"/> Metronidazol (EV) |
| <input type="checkbox"/> Amicacina | <input type="checkbox"/> Ceftriaxona | <input type="checkbox"/> Ciprofloxacinha |
| <input type="checkbox"/> Cefepima | <input type="checkbox"/> Moxifloxacina | <input type="checkbox"/> Levofloxacina |
| <input type="checkbox"/> Imipenem | <input type="checkbox"/> Clindamicina | <input type="checkbox"/> Fluconazol |
| <input type="checkbox"/> Cefuroxima | <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Outros |

Dose diária: Intervalo de Administração: h Tempo de uso:

Via de Administração: VO () , EV (), IM (), Outra (): _____

Indicação: TERAPÉUTICA () PROFILÁTICA ()

Cultura Solicitada? () SIM () NÃO SÍTIO (S) _____

Resultado: () NEGATIVA () ANDAMENTO () POSITIVA

Germe (s) Isolado (s): _____

Justificativa:

Médico Solicitante: CRM: _____

Data: ____ / ____ / ____

Parecer da C.C.I.H.: () Recomendável () Não Recomendável
() Rever após resultado da cultura

Responsável: _____

Obs.: O ANTIBIÓTICO SÓ SERÁ LIBERADO MEDIANTE O
PREENCHIMENTO COMPLETO DESTA FICHA

ANAMNESE E EXAME FISICO

Dados Do Paciente

Paciente: MARIA JOCEMIR DE MENEZES	Prontuario: 80688	
Nasc.....: 14/04/1982	Idade: 33 Anos	Sexo: Feminino
Identidade:	C.P.F.:	CNS 898000471628176

Dados Da Internação

Registro: 16698	Data Internação: 26/04/2015	Hora: 17:25
Medico: FERNANDO RAMOS	CRM: 108552	CPF: 175.597.918-59
Clinica: Cirúrgica	Alta: / /	Hora: / / Hs.
Repcionista: ANAPAU LASILVA		

ANAMNESE

Exame de rotina: negativo.
Paciente com 33 anos de idade, sexo feminino.
Anamnese: paciente com queixa de dor abdominal e febre.
Fevereiro + dor abdominal + dor no lado direito superior.

EXAME FISICO

Exame de rotina: negativo.
Peso: 60 kg, altura: 160 cm, PA: 6x3, FC: 120.
Pulseiras: sim.
Pupilas: dilatadas.

EXAMES COMPLEMENTARES

Rx: Exames de humor liso.

Diagnóstico de Entrada:

Doenças digestivas

Jr. Fernando Ramos
Médico
CRM - 108552

Assinatura e Carimbo

Dados Do Paciente

Paciente: MARIA JOCEMIR DE MENEZES Prontuario: 80688
 Nasc.: 14/04/1982 Idade: 33 Anos Cor: Branca
 Sexo: Feminino Religião: OUTROS
 Natural de: CAJAZEIRAS Fone: 1935891284
 Identidade: C.P.F.: CNS 898000471628176
 End.: JOSE GOMES 965 Compl.:
 Bairro: PORTO BELLO Cidade PORTO FERREIRA
 Estado: SP Cep.: 13660000

Dados Da Internação

Registro: 16698 Data Internação: 26/04/2015 Hora: 17:25
 Medico: FERNANDO RAMOS CRM: 108552 CPF: 175.597.918-59
 Convenio: 1 SUS Clínica: Cirúrgica
 Bloco: 00001 Ac.: APARTAMENTO Leito: 0024A
 Observações:
 Diagnósticos:
 Recepção: ANAPAU LA SILVA

RELATÓRIO DA CIRURGIA

Cirurgião: *Fernando Ramos* 1º Auxiliar: *Fernando M. de Souza*
 2º Auxiliar: 3º Auxiliar:
 Instrumentador: Anestesia:
 Anestesista: Dt. Cirurgia: /
 Início: *17/04/2015* / *17/04/2015* / *17:25*
 Diag. pre-Operatório: *Abdome farto edematoso*
 Cirurgia tipo: *Exploratória*
 Diag. Pos-Operatório:
 Relatório Imediato do Patologista:
 Acidentes Durante a Cirurgia:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Técnicas, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento

(1) Ressecção de tecido
(2) Exploratória
(3) Ausência de sangue na cavidade
(4) Abcesso - Havia um abscesso grande
(5) Limpeza da cavidade
(6) Fechamento por pontos

IRMANDADE DE MISERICORDIA DE PORTO FERREIRA

Rua Dr. Carlindo Valeriani, 337 - Centro - Porto Ferreira - S.P. - 13.660-000

Fone: (19) 3589 - 5500 - Fax: (19) 3589 - 5500 - CNPJ: 55.189.930/0001-27

Dados Do Paciente

Paciente: MARIA JOCEMIR DE MENEZES

Prontuario: 80688

Nasc.: 14/04/1982

Idade: 33 Anos

Cor: Branca

Sexo: Feminino

Religião: OUTROS

Natural de: CAJAZEIRAS

Fone: 1935891284

Identidade: 99099090570

C.P.F.: 892.115.023-49

CNS: 898000471626

End.: JOSE GOMES

965

Compl.:

Bairro: PORTO BELLO

Cidade: PORTO FERREIRA

Estado: SP

Cep.: 13660000



Dados Da Internação

Registro: 16698

Data Internação: 26/04/2015

Hora: 17:25

Medico: RONALDO GOMES SATHLER JUNIOR

CRM: 126774

CPF: 313.480.038-12

Convenio: 1 SUS

Clinica: Cirúrgica

Bloco: 00001 Ac.: APARTAMENTO

Leito: 0028B

Observações:

Diagnósticos:

Recepção: BRUNA

RELATÓRIO DA CIRURGIA

Cirurgião: De Rondonos

1º Auxiliar: De Juciane

2º Auxiliar: —

3º Auxiliar: —

Instrumentador: De Beira

Anestesia: —

Anestesista: —

Dt. Cirurgia: / /

Início: Termino: —

Diag. pre-Operatório:

Trauma

Cirurgia tipo: De bivalvular, + fixar fratura femur bicondilar

Diag. Pos-Operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Acidentes Durante a Cirurgia:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Técnicas, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento

1º Cir apó, la parafoma

① Pcl e ad sob a ferida

② AACCF

③ Lov. crn + be ouvidos ao ferimento em COXA(D)

④ OSTEOSÍNTSE c/ fix art. luxado da COXA(D)

⑤ II II II II II DA COXA(F)

⑥ Lov. crn

⑦ sutura

⑧ curva





IRMANDADE DE MISERICORDIA DE PORTO FERREIRA

Rua Dr. Carlindo Valeriani, 337 - Centro - Porto Ferreira - S.P. - 13.660-000

Fone: (19) 3589 - 5500 - Fax: (19) 3589 - 5500 - CNPJ: 55.189.930/0001-27

FICHA PARA REGISTRO DE RESUMO DE ALTA

Dados Do Paciente

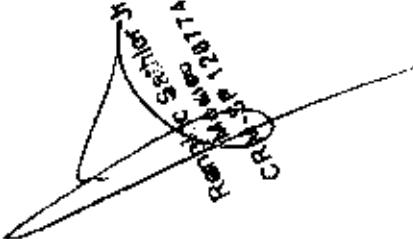
Paciente: MARIA JOCEMIR DE MENEZES Prontuario: 80688
Nasc.: 14/04/1982 Idade: 33 Anos Sexo: Feminino
Identidade: C.P.F.: CNS 898000471628176

Dados Da Internação

Registro: 16698 Data Internação: 26/04/2015 Hora: 17:25
Medico: FERNANDO RAMOS CRM: 108552 CPF: 175.597.918-59
Recepção: ANAPaulaSilva

Residência: Rua das Flores
São Bento

Tranf. p/ SAU GASTA



Dr. Fernando Ramos
Médico
CRM - 108.652

Data de Alta: ____ / ____ / ____ - Procedimento: _____ - CID: _____

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

Dados Do Paciente

Paciente: MARIA JOCEMIR DE MENEZES	Prontuário: 80688	
Nasc.: 14/04/1982	Idade: 33 Anos	Sexo: Feminino
Identidade:	C.P.F.:	CNS 898000471628176

Dados Da Internação

Registro: 16698	Data Internação: 26/04/2015	Hora: 17:25
Medico: FERNANDO RAMOS	CRM: 108552	CPF: 175.597.918-59
Convênio: 1 SUS		
Bloco: 00001	Acomodação: 00024 APARTAMENTO	Leito: 0024A
Recepção: ANAPAU LASILVA		

Tipo de Alta: (1) Normal (2) Permanência (6) Reoperação (9) A pedido
(3) Transferência (4) Óbito c/ Necropsia (5) Óbito s/ Necropsia (7) Só da mãe

Alta do Recem-Nascido: () Sim () Não

Motivo: _____

Exames entregues pelo Paciente no ato da internação Devolvido ao Paciente

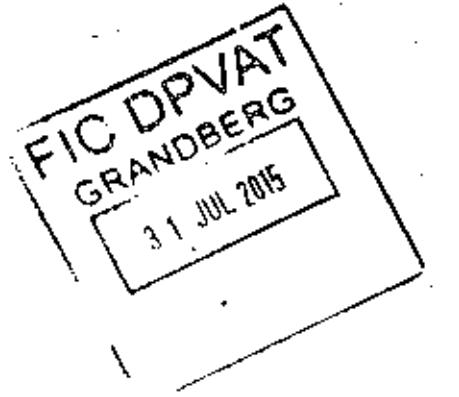
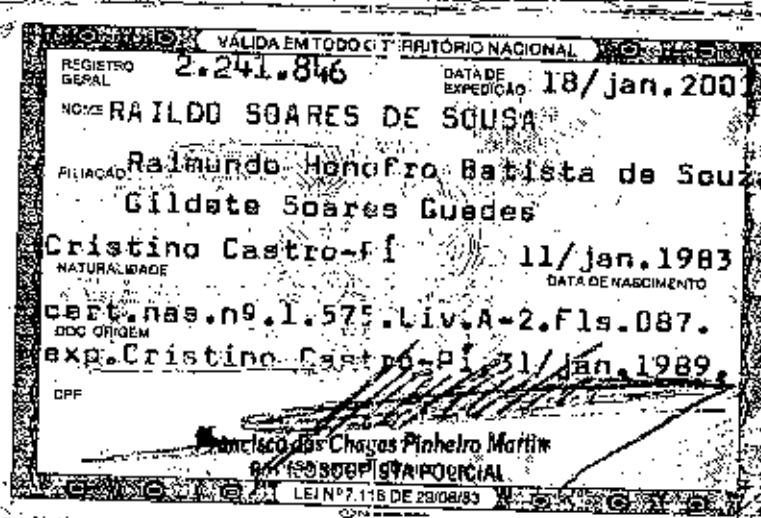
- | | |
|--|-----|
| <input type="checkbox"/> CD - Cateterismo | [] |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia (laudo + grafia) | [] |
| <input type="checkbox"/> E.C.G | [] |
| <input type="checkbox"/> Endoscopia (laudo + grafia) | [] |
| <input type="checkbox"/> Exames Laboratoriais | [] |
| <input type="checkbox"/> Raio-X (laudo + grafia) | [] |
| <input type="checkbox"/> Ressonância (laudo + grafia) | [] |
| <input type="checkbox"/> Tomografia (laudo + grafia) | [] |
| <input type="checkbox"/> Ultrasson (laudo + grafia) | [] |
| <input type="checkbox"/> _____ | [] |
| <input type="checkbox"/> _____ | [] |
| <input type="checkbox"/> _____ | [] |

Observação: Para os pacientes internados através da Portaria 2318, todos os exames que foram trazidos, deverão permanecer no prontuário.

Liberado pela Enfermagem: () Sim () Não Assinatura: _____

Comparecer ao setor de Internação: () Sim () Não Assinatura: _____

Assinatura do Paciente e/ou Responsável: _____

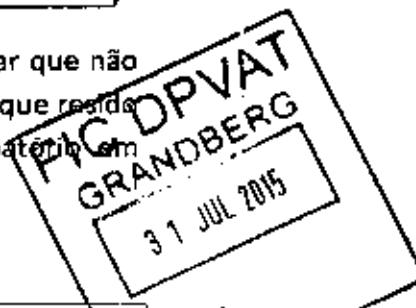


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafael Soares de Souza

RG nº 2.241.846-91, data de expedição 18/01/01, Órgão SSP - PR,

CPF nº 004.632.483-13, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguido, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:



Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA: VALDOMIRO OLIVEIRA - S/N</u>
Número	<u>MORRO</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>MORRO</u>
Cidade	<u>CRISTINA PIAUÍ</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>64.930-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Cravinho - PB, 19 de junho 2015

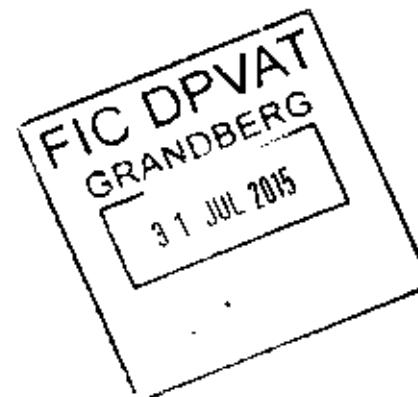
Assinatura do Declarante: Rafael Soa de Souza

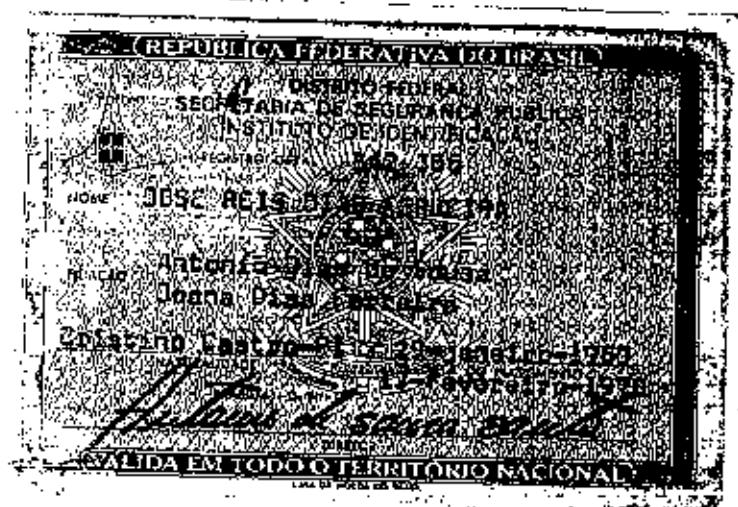
AGESPISAInsc. Estadual 19.301.656-5 CNPJ/MF 06.345.7-7.0001-27
Av. Nai. Humberto da Almeida Castelo Branco, TI-Norte
Av. Nai. Humberto da Almeida Castelo Branco, TI-Norte
www.agespisa.com.br

Endereço do Ponto de Atendimento ao Consumidor: 08000-868888

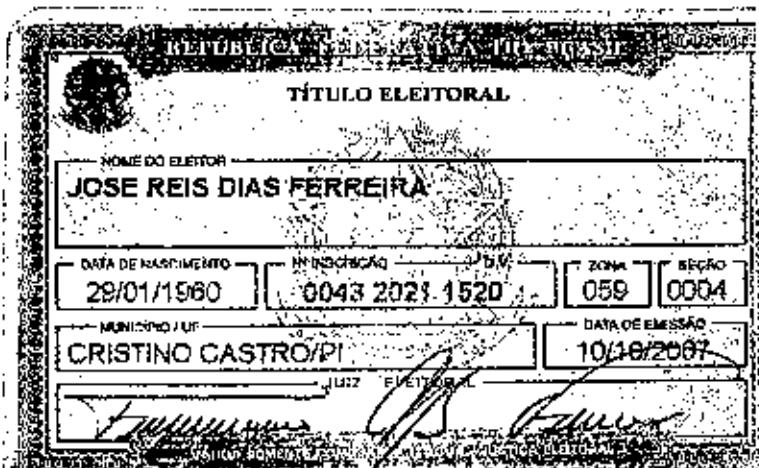
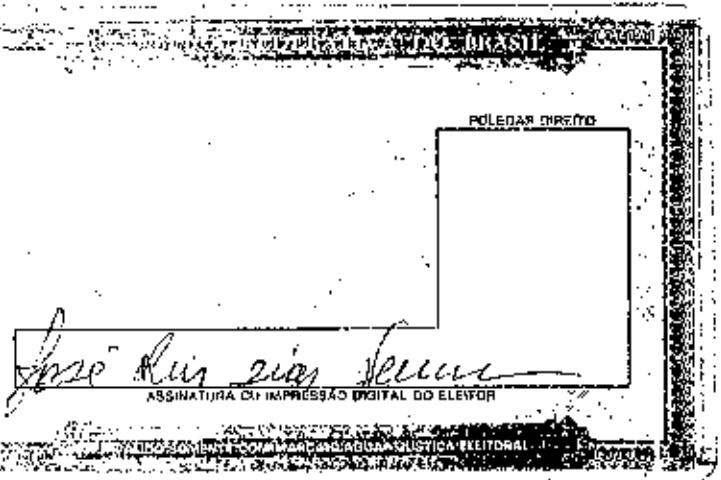
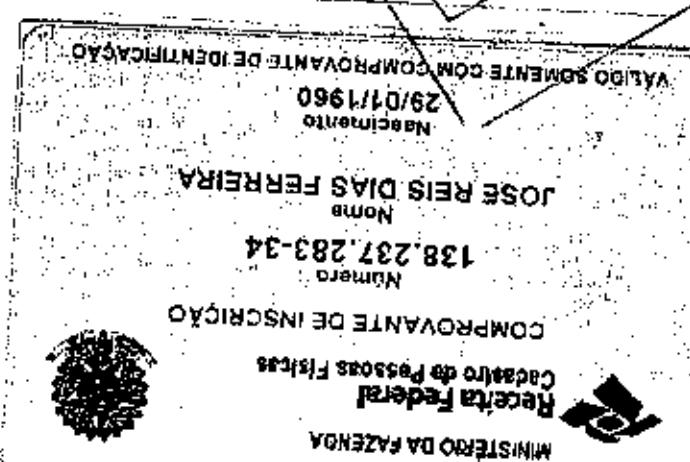
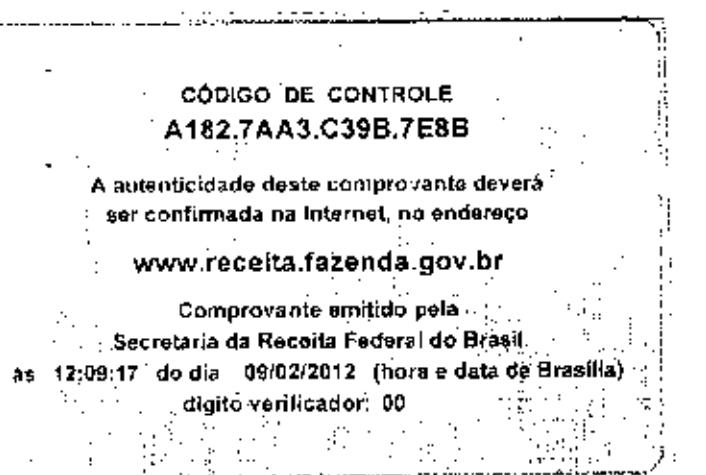
FATURA MENSAL

Nome/Razão Social, Endereço ALBERINA ROCHA TRISPINO RUA VALDOMIRO OLIVEIRA, - MORRO		CRISTINO CASTRO	Referência DEZ/2011
		Vencimento 29/12/2011	Inscrição End. Alternativo
Matrícula 2625650-9	Inscrição 031.001.00.05.0380.000	A/E 3/1	PAU 1
Dia Leitura 12	Consumo Médio DN0000 0000000	Data Processamento 20/12/2011	Categoria de Uso Codi Ind Pub Sequencial 989
Responsável			
Período de Consumo De: 01/12/2011 At: 01/12/2011	Descrição da Fatura		
Histórico de Consumo Mês Ano	Consumo	Cód.	Nome do Serviço
12/2011	0	12	1 AGUA
TOTAL A PAGAR			25,26
AVISO DE DÉBITO: Até 3 efissões desta conta não há registro de pagamento do valor do débito abaixo de sua responsabilidade.			
Número de contas: B Valor do débito: 200,51			
Conforme Lei 8987/95 e Decreto 8.354/91 Art. 107, o serviço pode ser suspenso 35 dias após este aviso.			
Qualidade da Água: STABILIZADA CDA: 0,000 Custo: 0,000 Total: 0,000 COLHE. FICAISS			
Autenticação Mecânica: _____			
Assinado: _____			





FIC D
GRANDEBE
31 JUL 2015



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIAUÍ CNPJ: 06.845.747/0001-27 ACEPIA AV. MAL. CASTELO BRANCO, 101 N - CEP: 64.000-610 FONE GERAL: 3216-6300	CONTA DE ÁGUA ATENDIMENTO 08000 96 8888
MÊS/ANO : 06/2015 VENCIMENTO : 29/06/2015 MATRÍCULA : 2610574	

JOSÉ REIS DIAS FERREIRA
AVE DAVID DE CAMPOS, NUM. 6/N
CENTRO

CRISTINO CASTRO PI 64920-000

INSCRIÇÃO 031.002.0029.0327.00

ROTA 001.0327

CATEGORI RESIDENCIAL	ECONOMIAS 1	HIDROMETR A09B493273	VOL. FUTURADO 36	DESCRIÇÃO GERAL	Nº DA CONTA 48360546
DT. LEIT. ANTER.	DT. LEIT. ATUAL	DIRE	LEIT. ANTERIOR	LEIT. ATUAL	MÉDIA
05/05/2015	12/06/2015	38	2213	2249	32

MÊS/ANO CONS. MÊS/ANO CONS. MÊS/ANO CONS. MÊS/ANO CONS. MÊS/ANO CONS. MÊS/ANO CONS.

05/2015 27 04/2015 23 03/2015 26 02/2015 32 01/2015 55 12/2014 28

DESCRIÇÃO VALORES (R\$)

TARIFA DE ÁGUA 157,06

MANUTENÇÃO DE HIDROMETR 001/001 1,23

DINAMÔTRICO DE TRIBUTOS	Base de Calculo: 158,29		TOTAL A PAGAR (R\$) 158,29
	IR: 7,60	COFINS: 4,75	
CSLL: 1,58	PIS/PASEP: 1,03		

MÉDIA MENSAL DOS PARÂMETROS BÁSICOS DE QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR

Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. Sis/Ms	Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. Sis/Ms
Turbidez	0,43	4,0	Flúor		1,5
pH	5,36	5,0 a 9,5	Ferro	0,00	0,3
Cot	2,75	15,0	Colif. Total	Ausente	0
Cloro	1,09	0,2 a 5,0	Colif. Fecal	Ausente	0

001.950

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

FIC DPVAT

GRANDBERG

JUL 2015

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2017

Carta nº: 11609217

A/C: JOAQUIM DA SILVA MARQUES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170476858 ASL-0337936/17

Vitima: MARIA JOCEMIR DE MENEZES

Data Acidente: 26/04/2015

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2017

Carta nº: 11609340

A/C: JOAQUIM DA SILVA MARQUES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170476858 ASL-0337936/17

Vitima: MARIA JOCEMIR DE MENEZES

Data Acidente: 26/04/2015

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **30/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **26/04/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MBM SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **JOAQUIM DA SILVA MARQUES**

Nº Sinistro: **3170476858**

Vitima: **MARIA JOCEMIR DE MENEZES**

Data do Acidente: **26/04/2015**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170476858**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Tutela não conclusivo
- Boletim de ocorrência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **MBM SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JOAQUIM DA SILVA MARQUES**

Nº Sinistro: **3170476858**
Vitima: **MARIA JOCEMIR DE MENEZES**
Data do Acidente: **26/04/2015**
Cobertura: **MORTE**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170476858**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



00147

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jocemir da Silva MarquesPORTADOR(A) D.O.RG Nº 3.830-580EXPEDIDO POR SST - PtEM 22/11/12 E

CPF 01581950352 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO TRABALHADOR
E RENDA MENSAL DE R\$ Recebendo) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Mr. JOCEMIR DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou salário ou funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima Inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5601-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8695-9 V-58

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.



Ceará de 17 de junho de 2015 Jocemir da Silva Marques

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

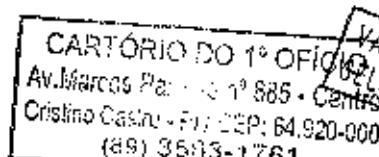
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Recomendo a Firma de Jocemir da Silva Marques

Em Testemunho 198 da verdade
Custas R\$: 3,60

Cristino Castro - PI, 14/07/2015

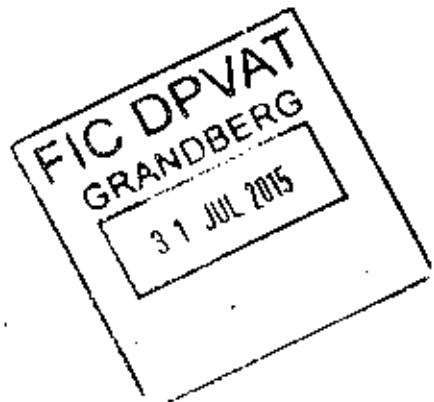
Assinado Álvaro da Silveira



- 0 - 100 - 000

SISTEMA DE INFORMAÇÕES BÁNCO DO BRASIL
15/07/2018 - Autoatendimento - BB26148
5601715013 0177

FAVORECIDO ✓ JOAQUIM DA SILVA MARQUES
CLIENTE CONTA: 8.695-9
AGÊNCIA: 5601-4
VARIAÇÃO 51
VALOR TOTAL: * 10,00
NR. ENVIOPF 2.468.345.003





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SI

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSÉ GUILHERME SILVA MARQUESPORTADOR(A) DO RG N° 3830.580EXPEDIDO POR SSPPIEM 20/11/2012

CPF (0)1(5)8019503-59 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO CAMINHONEIRO
 E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA JOCEMIR DE MENESES A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 001 • AGENCIA 5601 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 8695 - 9

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Cristino Castro DATA 10/01/18

23 FEB 2012

DPVAT/RJ

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) José Guilherme Silveira Marques

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Banco Postal

Extrato de Conta Corrente

Agencia : 34300363-AC CRISTIANO CASTRO
Terminal : 99327050 Id. lxx.: 157271
Nro Aut : 121722 Caixa : 99206550
Data : 09/01/2018 Hora : 12:17
(Horário de Brasil)

BANCO DE BRASIL S.A.
5107301721 0.65

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES REFERENCIA

AGENCIA: 5631-4 CONTA: 8.699-04
CLIENTE: JOAQUIM DA SILVA MARCOS

HISTÓRICO	DOCUM.	VALOR
02/01/2018		
Saldo Anterior:		1.406,150
01/01/2018		

Banco Postal

Extrato de Conta Corrente 104

Agencia : 34340068 - AC/CRESSTINO, CNS/RC
Terminal: 99927050 Id. Trx.: 157271
Nro Aut : 121722 Caixa : 85266550
Data : 09/01/2018 Hora : 12:17
(Horario de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.
0157271 0075

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SÍMPLES CONFERÊNCIA

AGENCIAS: 5001-4 CONTA: 8.695-3
DENTR: JUACQUIM DA SILVA MARQUES

HISTÓRICO	DOCUM.	VALOR
02/01/2018		
Saldo Anterior		1.406,150
04/01/2018		





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: 03º D.P. SÃO CARLOS
Boletim No.: 881/2015
2ª Via

Folha :1
INICIADO: 27/04/2015 12:11hs e EMITIDO: 27/04/2015 12:24hs
KKLRROSCBDIEEF0'Z

Boletim de Ocorrência.

Natureza(s):

Espécie: Óbito

Natureza: Morte suspeita

Consumado

Local: RUA PAULINO BOTELHO DE ABREU SAMPAIO, 573 - JD PARASO
CEP: 13561-060 - S.CARLOS - SP

Tipo de local: Saúde - Hospital-CTI/UTI

Circunscrição: 03 D.P. - SAO CARLOS

Ocorrência: 27/04/2015 às 08:00 horas

Comunicação: 27/04/2015 às 12:01 horas

Elaboração: 27/04/2015 às 12:11 horas

Flagrante: Não

Vítima:

- MARIA JOCEMIR DE MENEZES - Não presente ao plantão - Vítima fatal

Exibiu o RG original: Não - Pai: JOSÉ SABINO DE MENEZES

Mãe: FRANCISCA CHAGAS DE MENEZES - Natural de: CAJAZEIRAS - PB

Nacionalidade: BRASILEIRA - Sexo: Feminino - Nascimento: 14/04/1982

33 anos - Advogado Presente no Plantão: Não - Cutis: Branca

Endereço Residencial: MESMO DO DECLARANTE, - S.CARLOS - SP

Declarante:

- FRANCISCO RIZOMAR DE MENESES - Presente ao plantão - RG: 53337229-SP

emittido em 29/08/2012 - Exibiu o RG original: Sim

Pai: JOSE SABINO DE MENESES - Mãe: FRANCISCA CHAGAS DE MENEZES

Natural de: IPAUMIRIM -CE - Nacionalidade: BRASILEIRA - Sexo: Masculino

Nascimento: 21/10/1963 51 anos - Estado civil: Casado

Instrução: 1 Grau completo - CPF: 30030986320

Advogado Presente no Plantão: Não - Cutis: Branca

Endereço Residencial: RUA FLORISBERTO APARECIDO DA SILVA , 450 - ARACY II

S.CARLOS - SP - Telefones: (16)3116-2211 (Residencial)



Histórico:

COMPARECE A ESTE DISTRITO POLICIAL O DECLARANTE RELATANDO QUE

03º D.P. SÃO CARLOS

Endereço da delegacia : RUA CONDE DO PINHAL, 1717 - CENTRO-S.CARLOS-SP. CEP: 13560-648

Telefone: (16)3372-1161



**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO**



Dependência: 03º D.P. SÃO CARLOS

Boletim No.: 881/2015

2ª Via

Folha :2
INICIADO: 27/04/2015 12:11hs e EMITIDO: 27/04/2015 12:24hs

KKLROSCBDIEEFO`Z

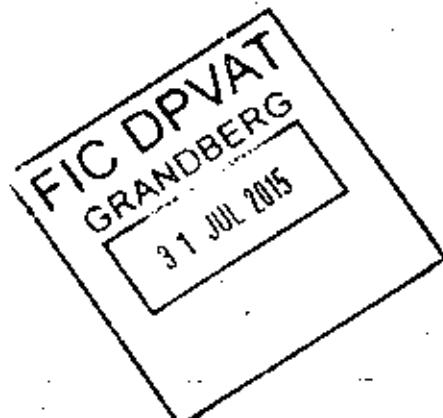
SUA IRMÃ MARIA JOCIMIR DE MENEZES (VÍTIMA), SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NA DATA DE ONTEM E FOI INTERNADA NA SANTA CASA LOCAL. QUE EM DATA DE HOJE A VÍTIMA VEIO A OBITO. EXPEDIDA REQUISIÇÃO IML. NADA MAIS.

Providências tomadas: OFICIO

Solução: APRECIAÇÃO DO DELEGADO TITULAR

LUCAS ALEXANDRE CLARO
AGENTE POLICIAL

ALDO DONISETE DEL SANTO
DELEGADO DE POLÍCIA



03º D.P. SÃO CARLOS

Endereço da delegacia : RUA CONDE DO PINHAL, 1717 - CENTRO-S.CARLOS-SP. CEP: 13560-648

Telefone: (16)3372-1161



De no Rio das Ocas
P. 13/08/15
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO

CT



Dependência: DEL.POL.PORTO FERREIRA
Boletim No.: 2245/2015

Folha :1
INICIADO: 13/08/2015 09:48hs e EMITIDO: 13/08/2015 09:57hs
KKLRNUCBDIEEHI\^

16/01

Boletim de Ocorrência de Autoria Conhecida.

Complementar ao(s) R.D.O.(s) nº(s):

1229/2015 - DEL.POL.PORTO FERREIRA
1231/2015 - DEL.POL.PORTO FERREIRA

Natureza(s):

- Espécie: Outros - não criminal
Natureza: Outros não criminal
Consumado

Local: VICINAL PORTO FERREIRA SENTIDO STA CRUZ , 0 KM 5+500 - RURAL
CEP: 13660-000 - PORTO FERREIRA - SP

Tipo de local: Via pública - Via pública

Circunscrição: 01 D.P. - PORTO FERREIRA

Ocorrência: 26/04/2015 às 13:06 horas

Comunicação: 13/08/2015 às 09:44 horas

Elaboração: 13/08/2015 às 09:48 horas

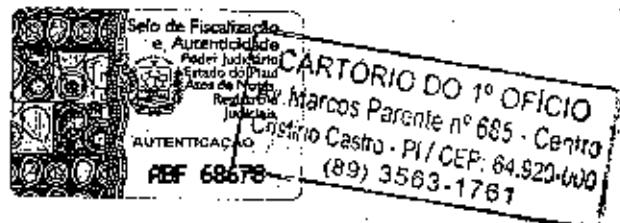
Flagrante: Não

Vítima:

- MARIA JOCEMIR DE MENEZES - Não presente ao plantão - RG: 99999999999999999999-CE
Exibiu o RG original: Não - Pai: JOSE SABINO DE MENEZES
Mãe: FRANCISCA CHAGAS DE MENEZES - Natural de: CAJAZEIRAS - PB
Nacionalidade: BRASILEIRA - Sexo: Feminino - Nascimento: 14/04/1982
33 anos - Estado civil: Convivente - Advogado Presente no Plantão: Não
Cutis: Branca - Endereço Residencial: RUA JOSE GOMES, 965 - JD PORTO BELO
CEP: 13660-000 - PORTO FERREIRA - SP

Declarante:

- FRANCISCO DE ASSIS MENEZES - Presente ao plantão - RG: 1205222-CE
Exibiu o RG original: Sim - Pai: JOSÉ SABINO DE MENEZES
Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS MENEZES - Natural de: CAJAZEIRAS - PB
Nacionalidade: BRASILEIRA - Sexo: Masculino - Nascimento: 16/07/1960
54 anos - Estado civil: Casado - Profissão: MOTOTAXISTA
Advogado Presente no Plantão: Não - Cutis: Branca
Endereço Residencial: RUA DOMINGOS RUSSI, 47 - CRISTO REDENTOR
CEP: 13660-000 - PORTO FERREIRA - SP - Telefones: (19)3585-6483
(Residencial)



AUTENTICAÇÃO

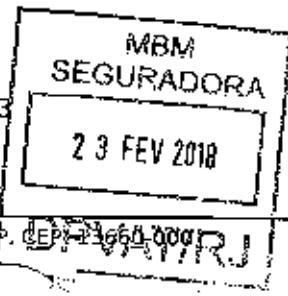
Certifico e dou fé que a presente fotocópia
confere com o original a mim apresentado.

Custas R\$ 3,00
Cristino Castro - PL, 09/01/2018

Cristino Castro

DEL.POL.PORTO FERREIRA

Endereço da delegacia : RUA JOAQUIM MIGUEL PEREIRA, 425 - JD. PROGRESSO-PORTO FERREIRA-SP. CEP: 13660-000
Telefone: (19)3581-1207





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.PORTO FERREIRA

Boletim No.: 2245/2015

INICIADO:

13/08/2015 09:48hs e EMITIDO: 13/08/2015 09:57hs

KKLRNUCBDIEEHI\^

Folha :2

Histórico:

Adendo atendendo requerimento do Sr. Francisco de Assis Meneses, irmão da vítima Maria Jocemir de Menezes, para correção de seu nome que consta no RDO 1229/05 desta unidade como Maria Jocelir de Menezes. Apresenta cópia do RG e da Certidão de Nascimento da mesma. Nada mais.

Francisco de ASSIS menes

Providências tomadas: MSG CEPOL

Exames requisitados: IC-IML

Solução: BO PARA ADENDO

JOSE DO PRADO RICARTE
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

EDUARDO H. PALMETRA CAMPOS
DELEGADO DE POLÍCIA



AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé que a presente fotocópia
confere com o original a mim apresentado.
Custas R\$ 3,00

Cristino Castro - PI, 09/01/2018

Angela Maria Almeida das Praias
Escrivente

DEL.POL.PORTO FERREIRA

Endereço da delegacia : RUA JOAQUIM MIGUEL PEREIRA, 425 - JD. PROGRESSO-PORTO FERREIRA-SP. CEP: 13660-000
Telefone: (19)3581-1207

MEM

SEGURADORA

23 FEB 2018

DPVAT/RJ



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.PORTO FERREIRA

Boletim No.: 1229/2015

Folha :4
INICIADO: 26/04/2015 16:57hs e EMITIDO: 26/04/2015 17:34hs

2ª Via

KKLRNUCBDIEEGIZB

Técnica através do Perito Guilherme e a funerária de plantão Santa Catarina e, após, o IML para elaboração do laudo necroscópico para a vítima fatal mediante requisição. Expedida mensagem Cepol. Nada mais.

Providências tomadas: MSG CEPOL

Exames requisitados: IC-IML

Solução: ENCAMINHAMENTO DP ÁREA DO FATO

SILVIA LUZIA LAZARETTI
CARCEREIRA POLICIAL

EDUARDO H. PALMEIRA CAMPOS
DELEGADO DE POLICIA

DELIVERY - DOCUMENTO DE ENTREGA
SUBSTITUTIVA DE AUTOMÓVEL

DEL.POL.PORTO FERREIRA

Endereço da delegacia : RUA JOAQUIM MIGUEL PEREIRA, 425 - JD. PROGRESSO-PORTO FERREIRA SP CEP: 13660-000
Telefone: (19)3581-1207

23 FEV 2018

SEGURADORA

DPVAT/RJ



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL - ESTADO DO CEARÁ
Comarca, Município e Distrito de Ipaumirim

Escrevente Substituto



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico, que ss.s.s. 08 de Livro N° A-16 de Registro de Nascimento

n.º 12648, foi feito hoje o passamento de JONATHAS MENEZES *

MARQUES- do sexo Masculino

nascido no dia 19 de janeiro de 2007 às 14 horas.

Hosp Geral Inez Andrade-Aurora-CE

filho de Joaquim da Silva Marques

e de dona Maria Jocemir de Menezes

São avós paternos Joaquim Marques de Souza

e dona Maria da Silva Santos

São avós maternos José Sabino de Menezes

e dona Francisca Chagas de Menezes

O registro foi efetuado no dia 26 de fevereiro de 2007

Foi declarante o genitor

Testemunhas Maria Aparecida da Silva e Maria Iracilda Alves Gonçalves

Observações

9

O referido é verdade e dou fé



Ipaumirim 26 de fevereiro de 2007

Ana Lúcia de Lima
Escrevente Substituta

CARTÓRIO 1º OFICIAL

Ana Lúcia de Lima
Escrevente Substituta n.
Exercício de Oficialidade
IPAUMIRIM-CE

AUTENTICAÇÃO

Certifico o falecimento da senhora MARIA JOCEMIR DE MENEZES
confere com o original que lhe foi apresentado.
Custas R\$ 2,30
Cristino Castro - PI, 14/07/15.

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Av. Marcos Parente nº 885 - Centro
Cristino Castro - PI CEP 64920-000
(89) 3563-1761



Dayane Alves de Souza

Expedição

Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Arquivo das Notas
Registro e
Julgadas

AUTENTICAÇÃO
NºANG 089415
Série 160

CIDADE
COM
ESTADO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CÍVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

MARIA JOCEMIR DE MENEZES

MÁTRICULA:

119180 01 65 2015 4 00131 184 0061995 26

SEXO:
FemininoCOR:
brancaESTADO CIVIL E IDADE:
solteira, trinta e três anosNACIONALIDADE:
Caçapava-PB e Registrada em Ipaumirim CEDOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:
RG 99089080570/SSP/CE CPF 892.115.023-49ELEITOR:
SIM

RESIDUO E RESIDÊNCIA:
Filha de JOSÉ SABINO DE MENEZES e de FRANCISCA CHAGAS DE MENEZES, residente e domiciliada na rua José Gomes, nº 965
- Porto Belo II, em Porto Ferreira, Estado de São Paulo

DATA E HORA DE FALECIMENTO:
Vinte e sete de abril de dois mil e quinze - 08:40

DIA: 27

MÊS: 04

ANO: 2015

LOCAL DE FALECIMENTO:
Santa Casa de MisericórdiaCAUSA DA MORTE:
traumatismo crânio encefálico, hematoma retro peritoneal, fratura bilateral femurSEMENTAMENTO/CREMAÇÃO (município e cemitério, se conhecido):
Cemitério Municipal Cristo Redentor, em Porto Ferreira-SPDECLARANTE:
Francisco Rizomar de MenezesNOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO:
Doutor Samir Mikhael Hamra Filho, CRM 43263

OBSERVAÇÕES/AVERTIMENTOS:
Deixou bens. Não deixou testamento conhecido. Era eleitora Ipaumirim, Estado do Ceará.. A falecida deixou os filhos: Jonathas, Maria Isadora e Andressa Rielly, menores de idade

3FLS
MNE

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
São Carlos, 06 de maio de 2015.

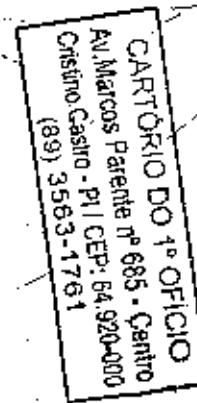
1º Subdistrito do município e comarca de São Carlos
Rua 13 de maio, 1948 - Centro - CEP 13560-047 - Fone (16) 3371-5583
Sarah J. Toledo Tomazan - Oficial

Valédris Dalla Antonia
Oficial Substituto

1ª VIA - ISENTE DE EMOLUMENTOS

11918-0 - AA 000013694





DETALHAMENTO DA MATRÍCULA

Matrícula	0018830195 1987 1 0003.050 0040533 31
Padrão	aaaaaaaabbbbcccccddd e VIII 00000000000000000000000000000000
DETALHAMENTO	
ssssss (00188-3) Código Nacional da Territorial (Identificação única do certidão)	
bb (01) Código do Arquivo, sendo: 01 - Arquivo Próprio Outros - Arquivos Incorporados	

ce (55) Tipo de Serviço Prestado, sendo: 55: Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais	HH (0003) Número do Livro
dddd (1987) Ano do Registro	000 (050) Número da Folha
e (5) Tipo de Livro, sendo: 1: Livro A - Maternidade 2: Livro B - Casamento 3: Livro B - Auxiliar de Casamento 4: Livro C - Óbito 5: Livre C - Auxiliar de Óbitos 6: Livro D - Registros de Nascimento 7: Livro E - Documentos Relacionados ao Óbito	hhhhhh (0000533) Número do Termo
	ii (31) Digito Verificador

Use exclusivo para emissão de certidões de registro civil das pessoas naturais



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

MARIA JOCEMIR DE MENEZES

MATRÍCULA:

119180 01 55 2015 4 00131 184 0061995 26

SEXO Feminino	RAC branca	ESTADO CIVIL E IDADE solteira, trinta e três anos
------------------	---------------	--

NACIONALIDADE Cajazeiras-PB e Registrada em Ipaumirim CE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG 99099090570/SSP/CE CPF 892.115.023-49	ELÉCTOR SIM
---	--	----------------

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA Filha de JOSÉ SABINO DE MENEZES e de FRANCISCA CHAGAS DE MENEZES, residente e domiciliada na rua José Gomes, nº 965; - Porto Belo II, em Porto Ferreira, Estado de São Paulo

DATA E HORA DE FALECIMENTO Vinte e seis de abril de dois mil e quinze - 08:40	DIA 27	MÊS 04	ANO 2015
--	-----------	-----------	-------------

LOCAL DE FALECIMENTO Santa Casa de Misericórdia
--

CAUSA DA MORTE traumatismo cranio encefálico, hematoma retro peritoneal, fratura bilateral fêmur

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (se aplicável e comprovado, se conhecido) Cemitério Municipal Cristo Redentor, em Porto Ferreira-SP	DECLARANTE Francisco Rizomar de Menezes
--	--

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO Doutor Samir Mikhael Hamra Filho, CRM 43283

DESCRIÇÃO DE AVERBACÕES Deixou bens: Não deixou testamento conhecido. Era eleitora Ipaumirim, Estado do Ceará. A falecida deixou os filhos: Jonathas, Maria Isadora e Andressa Rielly, menores de idade.

AUTENTICAÇÃO

Certifício e dou fé que a presente fotocópia
confere com o original a mim apresentado.
Custas R\$ 3,03

Cristino Castro-PI, 09/05/2018

Angela Maria Almeida dos Passos
Escrevente



O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
São Carlos, 06 de maio de 2015.

1º Subdistrito do município e comarca de São Carlos
Rua 13 de maio, 1946 - Centro - CEP 13560-847 - Fone (16) 3371-5583
Sarah J. Toledo Terezan - Oficial

Valdecir Dalla Antonia SECURADORA

Oficial Substituto

1ª VIA - ISENTA DE EMOLUMENTOS

23 FEV 2018

DPVAT/RJ

11918-0 - AA - 000013694


01. UNIDADE REQUISITANTE

--Nome: _____

Gestor: _____

02. UNIDADE PRESTADORA

Nome: Irmandade de Misericordia de Porto Ferreira - C.N.P.J.: 55.189.930/0001-27

Cod. SUS/SP: 2082322

Endereço: Rua Dr. Carlindo Valeriane, 337 - Porto Ferreira - SP

03. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome: MARIA JOCEMIR DE MENEZES

Prontuário: 80688

Telefone: 1935891284 Telefone Contato: 1935891284

N° R.G.:

Idade: 33a 0m Nascimento: 14/04/1982

Sexo: Feminino

Religião: OUTROS

Endereço: JOSE GOMES

N. 965

Cep.: 13660000

Cidade: PORTO FERREIRA

Bairro: PORTO BELLO

Cod. Mun.: 354070 UF: SP

04. IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

Registro: 328526

Data: 26/04/2015

Hora: 13:41

FABIOVALUTA

CDC: 12 PRONTO SOCORRO

Conv.: 1 SUS

Tipo Atendimento: 0

Grupo de Atendimento: 0

Procedimento: SIA/SUS

Descrição do Procedimento

Assinatura do Paciente

1. 0301060100

Consulta

2. 03011000127

Rxco X

3. 0204060380

Exame

4. 0204040142

5. 02040201134

CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS:

93 06 02 0068

QUEIXA PRINCIPAL:
MEDICAÇÕES EM USO:
ANTECEDENTES FAMILIARES:
 Diabetes

 Hipertensão

 Doença pulmonar

 Doença Cardíaca

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES:
RECENTEMENTE ESTEVE INTERNADO:
RECENTEMENTE FEZ CIRURGIA:

 Tabagista: Sim

 Não

Obs.: Se sim a quanto tempo: _____

 Etilista: Sim

 Não

Obs.: Se sim quantas doses diárias: _____

 Alergia: Sim

 Não

Obs.: Se sim a que: _____

SINAIS VITAIS:

 PA 140/100

PULSO

102

FREQ. RESP.

Tº

SATO2

93

DEXTRO

FC

 Rítmico

 Arrítmico

 ECG: Realizado

 Sim

 Não

ENFERMEIRO:

HCLPM-001

COREN:

 Lislley A. de Oliveira
 COREN: 33.979.21
 Centro de Informações

PREENCHIMENTO MÉDICO

ANAMNESE:

Vacante súbita de consciência

A) via aérea livre

B) MV Good SIRA SatO₂ ≥ 96

EXAME FÍSICO: ECG PA = 80 x 60 FC = 102 Dor à palpação abdominal
RM = 6 RV = 1 → ECG = 14 Previsão de dor à palpação
AO = 4 de costas D, E, G.

NEUROLÓGICO: CONSCIENTE INSCONSCIENTE SONOLENTO CONFUSO GLASGOW

RESPIRATÓRIO: MV PRESENTE MV AUSENTE RONCOS SIBILOS

CARDIO: RITMO REGULAR RITMO IRREGULAR BULHÃS

ABDOMEN: INJOLOR DOLOROSO GLOBOso DB

EXTREMIDADES: PERFUSÃO NORMAL CIANOSE EDEMA

PERFUSÃO DIMINUIDA FLÁCIDO PULSO RADIAL PULSO PEDIOSO

GENITOURINÁRIO: DIURESE NORMAL DIURESE DIMINUIDA ANÚRIA

INCONTINÊNCIA SONDA VESICAL CISTOMA

DISURIA HEMATÚRIA PIÚRIA

Oxigênio

OBS:

Data 26/10/15

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Ligado 13:50 530hs

Dor abdominal

Trauma abdominal

EXAMES SOLICITADOS / RESULTADOS:

6 - SF 0,9% 234ml Desligado 16:00 h
7 - 14 ausr de náuseas.

6 - Midazolam 4 ausr 50mg

7 - Tenafilm 2 ausr 10mg

TERAPIA REALIZADA: (MEDICAÇÃO E MATERIAL)

Midazolam 3 ausr 10mg

Chlorox de 50cc: 1/2 eadminecida

PNMTX

2) CT de abd

Chlorox de fumar: 1/2 de fumar

3) gomas

halotan

4) RL

5) SVP

halotan

AVALIAÇÃO DA ESPECIALIDADE:

In Ronald

ENCAMINHAMENTO:

OBSERVAÇÃO

SETOR AMARELO

SETOR VERDE

EMERGÊNCIA

Dra. Ludmila Almeida Silveira CRM 150.261

ALTA

MÉDICO:



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Vitorino da Silva Mancini

RG nº 3.830.580, data de expedição 22/11/12, Órgão 458/PS,

CPF nº 015.819.503-57, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Avenida João Vitorino da Silva</u>
Número	<u>500</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Erasmo Ribeiro</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64.930.000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Erasmo Ribeiro - PI, 12/07/2015

Assinatura do Declarante: José Vitorino da Silva Mancini

AGESPISA
COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIAUÍ
CNPJ: 06.845.747/0001-27
AV. MAL. CASTELO BRANCO, 101 N - CEP: 64.000-610
FONE GERAL: 3216-5300

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

08000 86 8888

MATRÍCULA : 27344096

MÊS/ANO : 06/2015

VENCIMENTO : 29/06/2015

MARIA DA SILVA SANTOS
RUA JOAO VITORINO DA SILVA, NUM. S/N
MUTIRAO

CRISTINO CASTRO PI 64920-000

INSCRIÇÃO 031.601.009-1370-00

CATEGORIA	ECONOMIAS	IDROMETRE	NOTA 002.0000		DESCRICAÇÃO	Nº DA CONTA 48361625
			VOL. PASTURADO	LEIT. MEDIDO		
RESIDENCIAL	1.		12			
DT. LEIT. ANTERIOR	DT. LEIT. ATUAL	DIAS	LEIT. ANTERIOR	LEIT. ATUAL		
MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.

DESCRIÇÃO

TARIFA DE ÁGUA

VALORES (R\$)

29,40

DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS	Base de Calculo:		TOTAL A PAGAR (R\$)
	IS:	1.711	
	CSU:	0,29	29,40
		PIS/PASEP:	0,19

MÉDIA MENSAL DOS PARÂMETROS BÁSICOS DE QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR		
Padimetro	Valor Médio	Padrão da Port. 512/Ms
Turbidez	0,43	3,0
pH	5,36	6,0 A 8,5
Cor	3,75	
Cloro	1,90	18,0 0,2 A 5,0
000.144		
Padimetro		
Floco	Valor Médio	Padrão da Port. 512/Ms
Ferro	0,60	1,5
Colif. Totais	Aumenta	0,3
Colif. Fecais	Aumenta	0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

FIC DPVAT
GRANDBERG
31 JUL 2015

MANHÃ		Hidrômetro	Fatura Mensal	
2734459-6		A111081200A	NOV/2017	
Notícias Sociais/Enórgano				
TURMA DA SILEVA (ANTONI), RUA DOAC VITORINO DA SILVA, 570 ARQUITRAO ESTE CASTRO 64920000				
AUG 130				
Situação Novo nº		Categorias de Uso Consumo Pura Pura	InSCRIÇÃO	
3/1	2		31.1.01.0080.1150.000	
2/1	1	Pecuária	2018-10-01 2017	
3/1	1		21.11.2017	
4/1	1		32	
Histórico de Consumo				
Mês/Ano	Velocidade	Consumo	Dep.	
05/17	403	20		
06/17	430	21		
07/17	450	20		
08/17	470	20		
09/17	490	20		
10/17	524	20		
11/17	543	10		
Fatura de Faturamento				
FATURADO EM CONSUMO NORMAL				
Cod. Recurso/medida		Linha da Fatura		
020415013		03		
Consumo Sádico		Consumo Agud	Consumo Exiguo	
3.1				
Consumo				
Consumo Reservado				
29		29		
DESCRIBIR DA NATUREZA				
Cod.	Natureza do Serviço			
ÁGUA	MANTENIMENTO - CORÔMETRO			
	Valor (R\$)			
	72,00			

Comercio de residuos

REVENIMENTO 30/11/2017 **REGISTRO:** 74,44
PAGOU PARTE DO VENCIMENTO. EVITE CORRANCA DE MUITA JUROS SOBRE
CONFORME LEI FEDERAL 13.446/2006 E O SERVICO SERÁ SUSPENSO.

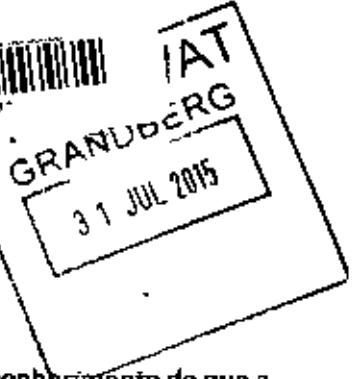
CONTENDO DE QUADRADO DE ÁGUA CONFONDEDO PONT. X(10.30)4.4								
Resistência	Tensão	Cat.	Cat.	Op.	Ponto	Coluna	Coluna	Coluna
Watt de Indutância	0.0	0	10	4.0000	0.0	0.00	0.00	0.00
Watt de Indutância Cargada								
Watt de Indutância Regulável								
Watt de Indutância Regulável								
Watt de Indutância	0.71	2.00	1.00	0.64	0.20	0.00	0.00	0.00
Total	0.71	2.00	1.00	0.64	0.20	0.00	0.00	0.00

A ACEPPIE NAO VAI MAIS MANTER SERVICO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA, RETIRE Z-MAIL DA WWW.ACEPPIE.TOB.BR.
FESTE JOGAR Z-MAIL NA REDE SOLTORO, AGORA SOLTADO PELA AGES
PESA RECEBER PROCESSO DE TRATAMENTO ENTRE DA DISTALAD FINA

卷之三

A rectangular stamp with a barcode at the top. The text "BIBLIOTECA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ" is printed in a stylized font. Below this, the date "23 FEV 2018" is stamped.

0018



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima MARIA JOCEMIR NE MEDEZES, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 27/04/2015, faleceu em 27/04/2015 no estado civil de SOLTEIRA (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

	NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE ^(*)	RG	CPF
1.	Maria Isadora Medezes Marques	FILHA	59.322.810-8	490.351.188-60
2.	Jonathas Medezes Marques	FILHO	59.322.718-9	490.251.798-15
3.	Anaressa Flávia de Medezes	FILHA	59.322.477-2	489.989.058-33
4.				
5.				

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda, que a vítima não deixou companheira(o) ou deixou companheira(o) de nome _____

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Cristino Castro - PI, 13.07.15

LOCALE DATA

1º OFÍCIO

José Flávio de Souza Marques

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCALE DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCALE DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCALE DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(ES) MÉRITO(S) DE IDADE (*)

NAME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
+ José Flávio de Souza Marques	543.356-07	138.037.283-34	José Flávio de Souza Marques
+ Laís Souza de Souza	241.846-91	004.673.632-73	Laís Souza de Souza

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NAME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

Reconheço a(s) firma(s) assinadas
através de José Flávio de Souza Marques
e Laís Souza de Souza

Em Testemunho _____ da verdade
Custas R\$: 7,20
Cristino Castro - PI, 14/07/2015



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima MARIA JOCEMIR DE MENEZES, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 27/09/15, faleceu em 27/09/15, no estado civil de SOLTEIRO (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE(*)	RG	CPF
1. MARIA ISABELA MENEZES MARQUES - FILHA	FILHA	59.322.810-8	490.251.188-60
2. JONATHAS MENEZES MARQUES	FILHO	59.322.718-9	490.251.798-19
3. ANDRESSA RIELLY DE MENEZES	FILHA	20.17.127879-2	489.989.058-33
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(amos), ainda, que a vítima () não deixou companheira(o) ou (X) deixou companheira(o) de nome Joaquim da Silva Marques.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)s declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Cristino Castro, 10/01/18

LOCAL E DATA

X Joaquim da Silva Marques

ASSINATURA DO DECLARANTE

Cristino Castro, 10/01/18

LOCAL E DATA

X Joaquim da Silva Marques

ASSINATURA DO DECLARANTE

Cristino Castro, 10/01/18

LOCAL E DATA

X Joaquim da Silva Marques

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

1 DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE(*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

DADOS DE TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

ADM
Lider DPVAT

23 FEVEREIRO DE 2018

DPVAT/RJ

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

DATA DE EXPEDIÇÃO: 15/7/1999

MARTA JOCEMIR DE MENEZES.

FACUNDO JOSE SAVINO DE MENEZES E FRANCISCA CHAGAS DE MENEZES.

NATURALIDADE:

DATA DE NASCIMENTO:

FAJAJEIRAS - PB

14/4/1982

DOC. CERT. NASC. 4877 L A 5 F

220 - IPAUIMIRIM - CE.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 11.662 DE 2008/03

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedado e proibido por lei federal, uso, uso clandestino ou falsificação.

NOME:

MARTA JOCEMIR DE MENEZES

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 37/05/99

