

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO GABRIEL DE JESUS PACHECO**

Nº Sinistro: **3180049038**

Vitima: **ANTONIO PACHECO**

Data do Acidente: **25/11/2017**

Cobertura: **MORTE**

Procurador: **JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180049038**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Morte é de R\$ 13.500,00 e será pago aos legítimos beneficiários, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações 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

Carta nº 12310623



Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA JOSINETE DE JESUS**

Nº Sinistro: **3180049038**

Vitima: **ANTONIO PACHECO**

Data do Acidente: **25/11/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180049038**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Morte é de R\$ 13.500,00 e será pago aos legítimos beneficiários, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações 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

Carta nº 12314614



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA JOSINETE DE JESUS**

Nº Sinistro: **3180049038**
Vitima: **ANTONIO PACHECO**
Data do Acidente: **25/11/2017**
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 3180049038**.

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

Carta nº 13164813



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO GABRIEL DE JESUS PACHECO**

Nº Sinistro: **3180049038**
Vitima: **ANTONIO PACHECO**
Data do Acidente: **25/11/2017**
Cobertura: **MORTE**
Procurador: **JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

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 3180049038**.

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

Carta nº 13165013



23 JAN

Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

455.278.421-68

Nome completo da vítima

Antônio Rueda

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Mário Zeman de Jesus		019.257.495-65		Idoso	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Vazquez da Silva		314		7070	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Zona Rural	Exo Miguel do Alencar	SE	49.535-000	49-9913.9307	
Email		Telefone (DDD)			
mariozeman@igmail.com		49-9913.9307			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR		☐ SEM RENDA		☐ ATÉ R\$ 1.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00	
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)							
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)							
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO.		DIV	CONTA NRO.		DIV	☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
4470			6749			BANCO Nome: _____ NRO: _____	
(Informar dígito se existir)			(Informar dígito se existir)			AGÊNCIA NRO: _____ DIV: _____	
						CONTA NRO: _____ DIV: _____	
						(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Assinatura de 36 de 01 de 18
Local e Data

Mário Zeman de Jesus

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

23 JAN 2018

Caixa Econômica Federal

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

354-361203595-0

20/DEZ/2017

HORA DE: 14:37:32

LOT: 22,20005-3

TERM: 031587

LOCALIDADE: NOSSA SENHORA APARECIDA

AG. VINCIANA: 4470

CONTROLE: 345578816

DEPÓSITO EM DINHEIRO

4470 013 00006749-0

MARIA JOSINETE DE JESUS

VALOR

:

5200

ESTE RESUMO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

354-361203595-0

13 VIA



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

23 JAN 2018

POLÍCIA ON-LINE



Boletim de ocorrência



DELEGACIA DE POLÍCIA DE RIBEIRÓPOLIS

RUA RUI BARBOSA, CENTRO FONE:(0) 3449-1349

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06583.0-000031

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE RIBEIRÓPOLIS

Endereço: RUA RUI BARBOSA, CENTRO FONE:(0) 3449-1349

FATO

Data e Hora do Fato: 25/11/2017 - 23:00 até 25/11/2017 - 23:00

Endereço: TREVO ENTRE NOSSA SENHORA APARECIDA E SÃO MIGUEL DO ALEIXO Número: Complemento: Próximo ao posto de gasolina de Paulo Ferreira CEP: 49535-000

Bairro: CENTRO Cidade: SÃO MIGUEL DO ALEIXO - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE RIBEIRÓPOLIS

Tipo de local: OUTROS Meio Empregado: NENHUM

NOTICIANTE

Nome: MARIA JOSINETE DE JESUS

Nome do pai: JOSÉ DE JESUS Nome da mãe: MARIA DE LOURDES SANTOS DE JESUS

Pessoa: Física CPF/CGC: 015.257.495-60 RG: 13157477 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: RIBEIROPOLIS Data de nascimento: 19/04/1975 Sexo: Feminino Cor da pele: Parda

Profissão: LAVRADORA Estado civil: Viúva Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: RUA MANOEL MARTINS DE GOIS Número: 78 Complemento:

CEP: 49.535-000 Bairro: CENTRO Cidade: SÃO MIGUEL DO ALEIXO UF: SE

Proximidade: Próximo à OESO Telefone: 9 9808 6550

HISTÓRICO

A noticiante convivia há sete anos com o Sr. Antônio Pacheco, o qual sofreu um acidente de moto no dia 25/11/2017, por volta das 23:00 horas, no trevo que interliga os Municípios de Nossa Senhora Aparecida e São Miguel do Aleixo, próximo ao Posto de gasolina de Paulo Ferreira, tendo vindo a óbito no dia 28/11/2017. O falecido estava pilotando uma motocicleta modelo Honda CG 125 Today, ano de fabricação e modelo 1992, cor vermelha, placa HZC 8145/SE, chassi 9C2JC1801NR256556, de propriedade do Sr. Manoel Raimundo dos Santos. Relata as seguintes fatos para fins do requerimento de seguro DPVAT.

Data e hora da comunicação: 15/01/2018 às 11:06

Última Alteração: 15/01/2018 às 11:06

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Maria Josinete de Jesus
MARIA JOSINETE DE JESUS
Responsável pela comunicação

Dayane Regina Rodrigues Santos Rocha
DAYANE REGINA RODRIGUES SANTOS ROCHA
Responsável pelo preenchimento

Comprovação de ato declaratório

I Identificação	1 Tipo de óbito ☐ Fetal ☒ Não Fetal	2 Data do óbito 28/12/2017 12:01:31	3 Nome do falecido Imprime Rocha	4 Nome da Mãe Dorinda Rocha	5 Naturalidade São Miguel do Aleixo - SE
	6 Data de nascimento 10/08/1960	7 Idade 57	8 Sexo ☒ M - Masc ☐ F - Fem ☐ Ignorado	9 Raça/Cor ☒ Branca ☐ Preta ☐ Amarela	10 Situação conjugal ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo
	11 Escolaridade (última série concluída) ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☒ Fundamental II (5ª a 8ª Série)	12 Anos completos 57	13 Menores de 1 ano Meses 0	14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Aposentado	15 Código CBO 2002 1213-10
II Residência	17 Bairro/Distrito Centro	18 Código 15	19 Município de residência São Miguel do Aleixo	20 CEP 49.535-000	21 UF SE
	22 Local de ocorrência do óbito ☒ Domicílio ☐ Hospedagem ☐ Outros estabelecimentos ☐ Via pública ☐ Indígena	23 Estabelecimento Hospital	24 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) Rua Dom João José	25 Número 15	26 Complemento Centro
	27 Bairro/Distrito Centro	28 Código 15	29 Município de ocorrência São Miguel do Aleixo	30 CEP 49.535-000	31 UF SE
III Ocorrência	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE				
	32 Idade (anos) 37	33 Escolaridade (última série concluída) ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☒ Fundamental II (5ª a 8ª Série)	34 Anos completos 37	35 Menores de 1 ano Meses 0	36 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada) Aposentada
	37 Número de filhos vivos 3	38 Nº de semanas de gestação 32	39 Tipo de gravidez ☒ Única ☐ Dupla ☐ Tripla e mais	40 Tipo de parto ☐ Vaginal ☒ Cesáreo	41 Morto em relação ao parto ☐ Antés ☒ Durante ☐ Pós-parto
IV Óbito de mulher em idade fértil	42 A morte ocorreu ☐ Na gravidez ☐ No parto ☒ Após 42 dias após o término da gestação				
	43 Causas da morte Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. Causas antecedentes: Estados mórbidos, se houverem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.				
	44 Anote somente um diagnóstico por linha Doença ou como consequência de: 1. Doença de base 2. Complicação 3. Lesão 4. Trauma 5. Queimadura 6. Intoxicação 7. Infecção 8. Doença de base 9. Complicação 10. Lesão 11. Trauma 12. Queimadura 13. Intoxicação 14. Infecção				
V Assistência médica	45 Recebeu assistência médica durante a doença que ocasionou a morte? ☒ Sim ☐ Não ☐ Ignorado				
	46 Diagnóstico confirmado por: ☐ Sim ☒ Não ☐ Ignorado				
	47 Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID				
VI Médico	48 Nome do Médico Dr. Felipe Passos				
	49 CRM 4280				
	50 Obito atestado por Médico ☒ SVO ☐ Substituto ☐ IML				
VII Causas externas	51 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) 998.144576				
	52 Data do atestado 28/12/2017				
	53 Assinatura Dr. Felipe Passos				
VIII Cartório	54 Prováveis circunstâncias de morte não relacionadas com a doença ou estado mórbido que causou a morte ☐ Acidente de trabalho ☐ Acidente de trânsito ☐ Acidente doméstico ☐ Acidente com arma de fogo ☐ Acidente com veículo motorizado ☐ Acidente com veículo não motorizado ☐ Acidente com animal ☐ Acidente com fogo ☐ Acidente com eletricidade ☐ Acidente com produtos químicos ☐ Acidente com produtos inflamáveis ☐ Acidente com produtos corrosivos ☐ Acidente com produtos tóxicos ☐ Acidente com produtos radioativos ☐ Acidente com produtos biológicos ☐ Acidente com produtos minerais ☐ Acidente com produtos orgânicos ☐ Acidente com produtos inorgânicos ☐ Acidente com produtos sintéticos ☐ Acidente com produtos naturais ☐ Acidente com produtos artificiais ☐ Acidente com produtos naturais				
	55 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência ☐ Via pública ☐ Endereços de residência ☐ Outro domicílio				
	56 Fonte de informação ☐ Ocorrência Policial ☐ Hospital ☐ Família ☐ Outra				

15/02/2017

15/02/2017

Cartório do Ofício Único de São Miguel do Aleixo

Cartório do Ofício Único de São Miguel do Aleixo

Cartório do Ofício Único de São Miguel do Aleixo

Cartório do Ofício Único de São Miguel do Aleixo



JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS OLIVOS 2211 / CASA A - SCS
NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP 43290005-1A3-4301
Emissão 10/01/2018 Referência Jan / 2018
Classificação RESIDENCIAL / RESIDENCIAL BRASCO
Pólo 5 - 430 - 340 - 739 17 Medidor ES02249122

Energisa
ENERGISA SERGIPE DISTRIB ENERGI SA

Rua Almirante Balthazar, 41 - Imbuí, Barroquinha
Aracaju - SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.452/0001-03 Ins. Est. ICMS 070.957.436
Nota Fiscal Cont. da Energia ES02249122 218 801
Cód. para DIB Automático: 00009127272

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Jan / 2018	10/01/2018	07/02/2018	2000367500 Ind. Est.

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato

• Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no Facebook, no Twitter e no LinkedIn (Energisa) sempre que precisar de ajuda. Queremos estar sempre perto, mais!

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Outa	Leitura	Data	Leitura						
12/12/17	7630	10/01/18	7778	1		82		27	

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cat. Atc	Imp. (R\$)	Base de Cálculo	Pot. (R\$)	Valor (R\$)
0801	Consumo em kWh	92,000	0,855730	55,27	55,27	25	12,92	58,37	0,47
0801	Adc. B Vermecha			2,80	2,80	25	0,67	2,80	0,31
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB. ILUM. PÚBLICA			7,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 11/2017			0,47	0,00	1	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 12/2017			0,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 11/2017			1,25	0,00	1	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 12/2017			1,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0898	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2017			5,24	0,00	1	0,00	0,00	0,00
0899	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2017			0,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: 89,58 57,57 14,23 57,37 0,49 2,26

Média 6 (Hexa) meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
124	17/01/2018	R\$ 68,58

Histórico de Consumo (kWh)

74 1 93 1 83 1 72 1 71 1 59 1 52 1 50 1 218 1 200 1 218 1 194
Des/17 Nov/17 Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17

RESERVADO AO FISCO
224f.9b34.580d.8d4d.eaac.5d75.856a.9a13.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
11-01-2017 - NÚMERO DE VIOLACÃO					
Límites da ANEEL	Apurada	Límite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DESEMPENHO TRIMESTRAL	0,00	NORMAL	Geração de O&S de Emergência	15,81	22,92
DESEMPENHO ANUAL	0,00	NORMAL	Geração de Energia	18,04	26,29
DESEMPENHO QUINQUENAL	0,00	NORMAL	Geração de Transmissão	1,42	2,07
DESEMPENHO DECENAL	0,00	NORMAL	Energia de Distribuição	4,89	7,12
DESEMPENHO QUINQUENAL	0,00	NORMAL	Energia de Distribuição	23,15	33,75
DESEMPENHO DECENAL	0,00	NORMAL	Impostos, O&S e Encargos	0,20	0,29
DESEMPENHO QUINQUENAL	0,00	NORMAL	Outros Serviços	0,00	0,00
DESEMPENHO DECENAL	0,00	NORMAL	Total	69,58	100,00

Valor do SUSD (Ref. 11/2017) R\$22,51

ATENÇÃO

• Letura pendente

Faturas em atraso

Energisa SERGIPE
Pólo 5 - 430 - 340 - 739

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
17/01/2018	R\$ 68,58

1019-4





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Marcos D. G. Rêgo inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Joselete D. Jesus inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.257.495/60 do sinistro de DPVAT cobertura mortuária da Vítima Antonio Pacheco inscrito (a) no CPF sob o Nº 458.278.421/68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Dos Silveiros</u>		Número <u>217</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>Brasília</u>	Cidade <u>Br. São da Glória</u>	Estado <u>SE</u>	CEP <u>49.680-000</u>
Email <u>marcosdgloria@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>79.9975-2568</u>	Telefone celular (DDD) <u>79.9918-9207</u>

Br. São da Glória 16 de 01 de 18
Local e Data

João Marcos D. G. Rêgo
Assinatura do Declarante



23 JAN 2018

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 Antonio Porcino, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 25/11/17, faleceu em 28/11/17, 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. <u>Antonio Gabriel de Jesus Porcino</u>	<u>F. ÚNICO</u>	<u>3906682-7</u>	<u>088-032.135-67</u>
2.			
3.			
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda, que a vítima (s) 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.

Ribeirão Preto 15.12.17
LOCAL E DATA

1º Oficial

Maria Jasmite de Jesus
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

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

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
<u>Maria Jasmite de Jesus</u>	<u>1315742</u>	<u>015.257.495-60</u>	<u>Maria Jasmite de Jesus</u>

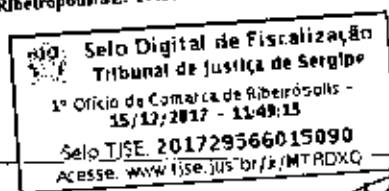
2 DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
<u>M^{te} Juliana S. Costa Oliveira</u>	<u>2329554-6</u>	<u>088.032.265-57</u>	<u>M^{te} Juliana S. Costa Oliveira</u>
<u>Vanessa Rosa Aragão</u>	<u>3550128-6</u>	<u>066.001.295-17</u>	<u>Vanessa Rosa Aragão</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
b) 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).

Reconheça (por autenticidade) a firma de: MARIA JOSINETE DE JESUS
Ribeirópolis/SE. Telefone: 79 3449-1912



Mylena Melo Sousa
MYLENNY MELO SOUSA
ESCREVENTE AUTORIZADO

Mylena Melo Sousa
Escrevente Autorizado

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE




Antonio Pacheco

Documentos de Identificacao



23 JAN 2018

VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.929.356-3 2.VIA DATA DE EMISSÃO 18/08/2017

NOME ANTONIO PACHECO

ALIAÇÃO

DEZENITA KONFIM PACHECO

SOBRE NOME

QUARENTINA-PR

DATA DE NASCIMENTO 10/08/1966

DOC. ORIGINAL 14171301551983100003175000227702

CT. INSC. 458.278.421-68

DEPT. DE DIST. ALIA. EDA. COM. INSC. PR

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recarta Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

458.278.421-68

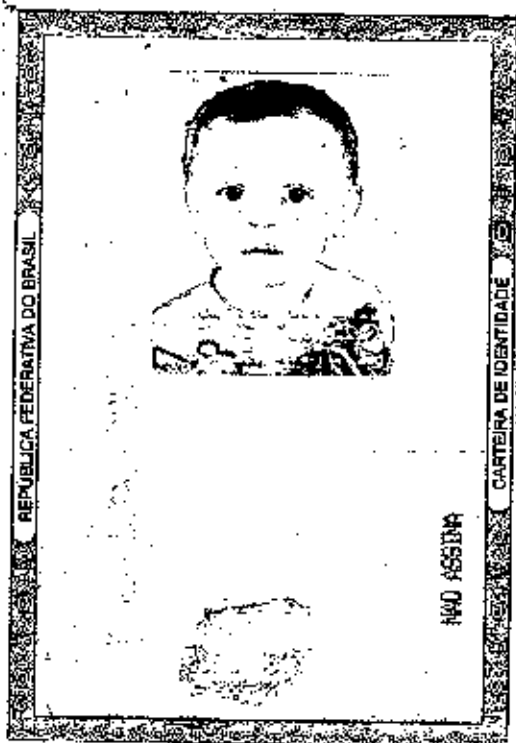
Nome

ANTONIO PACHECO

Nascimento

10/08/1966

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



23 JAN 2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
DATA DE EXPIRAÇÃO 15/03/2016

3.906.432-7

ANTONIO GABRIEL DE JESUS PACHECO
FILIAÇÃO

ANTONIO PACHECO
MARCIA JESSETE DE JESUS
NATURALIDADE

MOSSA SEARA DA GLORIA-SE
DOC ORIGEM

DATA DE NASCIMENTO 26/01/2015

ST. NASCIMENTO 11073402552015100022161000044698
CPF 088.033.135-67
CART. OFIC. UNIC. CIL. SDO MUN. DO ALEIAD/SE
088.033.135-67

LEI Nº 11.127 DE 2018

Documentos de Identificacao



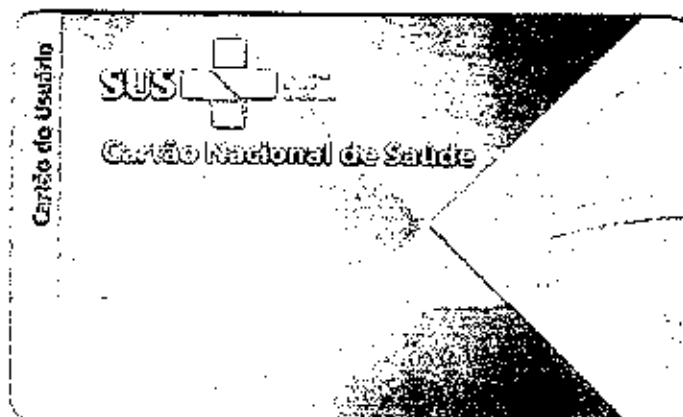
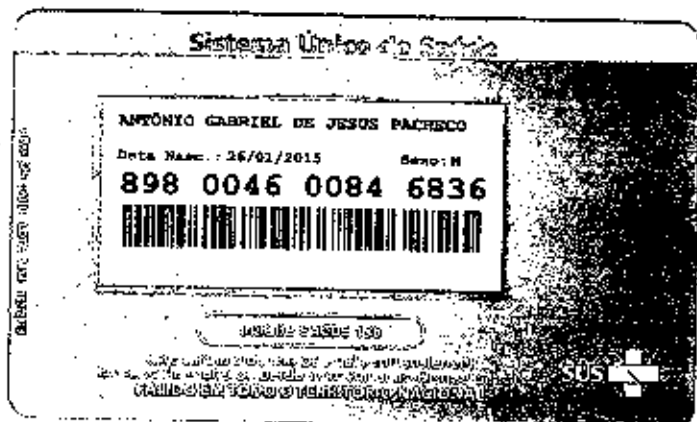
MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
088.033.135-67

Nome
ANTONIO GABRIEL DE JESUS PACHECO

Nascimento
26/01/2015

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



23 JAN 2018

Outros



MS/DATASUS HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 322319 DATA: 25/11/2017 HORA: 08:31 USUARIO: MESILVA
 CNS: SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIO PACHECO DOC...:
 IDADE : 51 ANOS NASC: 10/08/1966 SEXO...: MASCULINO
 ENDereco : TRAVESSA MANOEL MESSIAS DE GOIS NUMERO: 47
 COMPLEMENTO : CASA BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO : SAO MIGUEL DO ALEIXO UF: SE CEP...: 49535-000
 NOME PAI/MAE : JOSE PACHECO /DEZENITA BONFIM PACHECO
 RESPONSAVEL : O PROPRIO TEL...:
 PROCEDENCIA : SAO MIGUEL DO ALEIXO-SE
 ATENDIMENTO : DOR
 CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO : NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: __/__/__

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Fundação
Hospitalar
de Saúde

Uso de Medicação: ☐ Não ☐ Sim: Qual (is)?

ESCALA DE COMA DE GLASGOW							
INDICADORES	RESPOSTA OBSERVADA						TOTAL
Abertura Ocular	Espontânea 4 ☒	Ordem Verbal 3 ☐	Dor 2 ☐	Sem Resposta 1 ☐			
Resposta Verbal	Orientada 5 ☒	Confuso 4 ☐	Palavras Inapropriadas 3 ☐	Palavras Incompreensíveis 2 ☐	Sem Resposta 1 ☐		
Resposta Motora	Obedece ao comando 6 ☒	Localiza a dor 5 ☐	Reação Inespecífica 4 ☐	Flexão Anormal 3 ☐	Extensão a dor 2 ☐	Sem Resposta 1 ☐	

[illegible]

Hora	FC (bpm)	FR (rpm)	SPO2 (%)	Tem °C	PA: (mmHg)	Glicemia (mg/dl)	Assinatura do profissional
	108		95	37,6°C	100x60		

Vermelho: ☐ Laranja: ☐ Amarelo: ☐ Verde: ☐ Azul: ☐

CC
Carmen de Lima Santos
Enfermeira
Assinatura do Enfermeiro

[illegible]

23 JAN 2018

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 322836

DATA: 28/11/2017 HORA: 09:26

USUARIO: MKOSANTOS

CNS:

SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIO PACHECO DOC...: 3929-351-3
 IDADE...: 51 ANOS NASC: 10/08/1966 SEXO...: MASCULINO
 ENDereco...: TRAVESSA MANOEL MESSIAS DE GOIS NUMERO: 47
 COMPLEMENTO...: 703602038785035 BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO...: SAO MIGUEL DO ALEIXO UF: SE CEP...: 49535-000
 NOME PAI/MAE...: JOSE PACHECO /DEZENITA BONFIM PACHECO
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 07999869-7
 PROCEDENCIA...: SAO MIGUEL DO ALEIXO-SE 121
 ATENDIMENTO...: OUTROS NAO ESPECIFICADOS
 CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1/

*Uncoress infectado mto e
 tamanho 150 80mm - NAO fraturas - Hupen + Ortopedia
 - S. V. V. OK*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*85 0,9% 1000 ml - 50 ml
 Ceftriaxona 1g - 12h
 Clonazepam - 0,5 mg - 12h
 02 46/1m*

*Pr 10h30 far adom. oral
 para far amp. com
 4536*


 TAC. Enfermagem
 CORENSE 387772

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIAR [] IML [] ANAT. PATOL.

Maria Rosineide de Jesus
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

Vanilson Pereira de Melo
 ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO
 CRM/PA 1617
 2061

Fundação
Hospitalar
do Espírito Santo

Data /Hora	Evolução de Enfermagem

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE Antomnis Odessa (S. Lomas)

ENFERMARIA

LETO

DataHora

EVOLUÇÃO

28/11/12: #Beyre de Foca Cetâneas (?) + Chogue Sôpêto
(Toguandha + Toguipmân + Jemacotex + Uptomân)

Paciente em regular estado geral, bem orientado, não há sinais de
lesão infectada em HIF (lesão externa e grave) com lesões
na. Arterio- Toxemia (FC: 140 bpm) + toxemia (f. 32 mm)
+ Desnutrição e Anemia (Hb: 8.9 g/dl) + Hipoalbuminemia (A: 3.0 g/dl)
(6 mmHg) + Lactose: 15 + TCC > 3s.

4.0. Mapa Cifras de Fala Cotonas

Ed: R.H.

Recente trabalho em pessoas estado de h. melior
mais muito instável, tege. dispositivo linear para controlar
apresentando edema importante em MTE + h. mais que ind.
com inflix de partes moles. Encontra-se o caso de alguém
com MTE no MTE analisado o o de valores.

- Opção para IoT por destinação (Sotx02: P41) + especificar IoT Realidade com AVCC e com interconexões
- Realidade AVC em VSE também com interconexões

Para te não perderes a oportunidade de passar um mês em Portugal
por uma de nossas viagens bem como de visitar o Alentejo
Garcia

* Fato com to com Aras Vermelhas do Estado (1999)
 (Aras Vermelhas, infelizmente)

Uma coisa zero ~~(então)~~ atores de A
SAMY (Drº Genuelo) informa não poder ficar
atrasado às do Paulo

24/

~~John. 10/24~~

HOSPITAL REGIONAL DE GLORIA
PRONTO SOCORRO - ÁREA VERMELHA



Fundação
Hosptalar
de Saúde

Diagnóstico

Nome:	Idade:	Data:
Antônio Pacheco	56 anos	28/11/13
Prescrição	Horário	
Dieta: à critério do SND; Zinzão 2g IV em BIC ACM	15h	16h
SFOG - 950ml EV em 8h (Depos: SF 17-200ml EV 24h)		
ATB - Ceftriaxona 2g EV - 12/12h		
Sedação: SG5% - 234ml IV em BIC ACM Dormonid 15mg - 04amp SG5% - 230ml IV em BIC ACM Fentanil 10ml - 02amp		
Antak 150mg - 01amp + AD IV 8/8h;	16	08
Dipirona - 01amp + 8,0 ml AD IV 6/6h SOS;		
Piasil - 01amp + AD 18ml IV 8/8h SOS;		
Glicemia Capilar - 6/6h;	12	18
Insulina Regular, SC conforme glicemia capilar (mg/dl): <200: Ø 201-250: 02 UI 251-300: 04 UI 301-350: 06 UI 351-400: 08 UI > 400: 10UI	0	
Glicose 25% - 04amp IV in bolus se glicemia < 70 mg/dl e repetir após 1h (comunicar ao plantonista);		
Clexane 40mg - 01amp SC 01vez ao dia		
Cloxacilina 600mg EV 6/6h	16	06
Tamoxifeno 20mg EV - 01 vez ao dia	18	06
Captopril - 25mg VSNE se PA > 160/110 mmHg;		
Ventilação mecânica + O ₂ + Ar comprimido - ACM		
NBZ: Berotec (05gt) + Atrovent (20gt) + SF (03ml) de 6/8h PI TOT		
Cabeceira elevada 30°;		
Aspiração da VAS e/ou TOT de 2/2h SOS;		
Monitorização multiparâmetros;		
Fisioterapia motora e Respiratória 2X ao dia;		
Sinais vitais - 05/06h;		
Solicito exames de laboratório		
Solicito avaliação de enfermagem;		
Cuidados intensivos de enfermagem;		
Nitrogênio 9g/L + 234ml de SF 17-200ml EV		
m. DIC (ACM)		
Tumor Testicular N. 4/4/4/4/4/4/4/4/4/4		
Cirurgia por tumor no testículo direito		
Dga h. Teste de Lactato		
VD + Coluna L. 1/1/1/1/1/1/1/1/1/1		
M - EST: Imobilizar o paciente com a cabeça inclinada para a direita		

Balance H₂O
Infused DO
12h → 100 ml
13h → 510 ml
~~14h → 3 ml~~
14h → 600 ml
15h → 500 ml
16h → 20 ml
18h → 100 ml

Sinais Vitais

Horário	PA (mmHg)	FC (bpm)	FR (lpm)	SatO ₂	Diurese	Tem (°C)	Glicemia
6:00h	x		24				
12:00h	130/80	135	24	92%	0	35.4°C	86mg/dl
18:00h	130/80		32	78%	0		

23 JAN 2018

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOAO ALVES FILHO
F.H.S. - GLORIA
Endereco: ROD. ENGENHEIRO JORGE NETO, KM3 / Telefone: 3411-1335 FOLHA: 1

Paciente: ANTONIO PACHECO
Data....: 28/11/2017 - 19:54
Medico...: DR(a) FILIPI PASSOS

Ala: ESTB BE.: 322836
No.: 53191 Idade: 51 Ano(s)
Conv.: FHS

DEPARTAMENTO DE BIOQUIMICA

EXAME - CREATININA

Metodo....: LABTEST
Material...: SORO
Resultado.: 2,70 mg/dL (0 a 3 anos : 0,16 a 0,35 mg/dL)
(3 a 9 anos : 0,26 a 0,55 mg/dL)
(9 a 15 anos : 0,32 a 0,81 mg/dL)
(Mulher : 0,50 a 1,00 mg/dL)
(Homem : 0,70 a 1,20 mg/dL)

EXAME - POTASSIO

Metodo....: TONS SELETIVO
Material...: SORO
Resultado.: 4,0 mEq/L (3,7 a 5,6 mEq/L)

EXAME - SODIO

Metodo....: TONS SELETIVO
Material...: SORO
Resultado.: 132 mEq/L (134 a 149 mEq/L)

EXAME - UREIA

Metodo....: ENZIMATICO UV
Material...: SORO
Resultado.: 168.0 mg/dL (0 a 13 anos : 8 a 36 mg/dL)
(Adulto : 15 a 45 mg/dL)

YALLE MARTE SANTOS PEREIRA
CRBM: 62412/CRF 007

23 JAN 2018

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOAO ALVES FILHO
F.H.S. - GLORIA
 Endereço: ROD. ENGENHEIRO JORGE NETO, KM3 / Telefone: 3411-1335 FOLHA: 1

Paciente: ANTONIO PACHECO
 Data: 28/11/2017 - 11:08
 Medico: DR(a) VANILSON PEREIRA DE MELO

Ala: P52 BE.: 322831
 No.: 53174 Idade: 51 Ano(s)
 Conv.: FHS

DEPARTAMENTO DE UROANALISE

EXAME - SUMARIO DE URINA

Material: URINA
 Resultado:

CARACTERES GERAIS
 Cor: AMARELO CITRINO Densidade: 1.025
 Aspecto: TURVO P.H.: 6.0
ELEMENTOS ANORMAIS
 Hemoglobina: AUSENTE
 Corpúsculo: AUSENTE
 Bilirrubina: AUSENTE
 Urobilinogenio: AUSENTE
 Leucocitos: PRES.(+)
 Proteínas: AUSENTE
 Glicose: AUSENTE
 Nitrito: AUSENTE
 Ac. Ascórbico: AUSENTE

SEDIMENTOSCOPIA
 Píocitos: 20a25 p/c
 Hemácias: AUSENTE Fungos: AUSENTE
 Ur. Amorfo: AUSENTE Cel. Epitel: ALGUMAS
 Fosf. Amorfo: AUSENTE Muco: PRESENTE
 Trichomona: AUSENTE Bactérias: NUMEROSAS

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA

EXAME - HEMOGRAMA COMPLETO

Método: AUTOMATICO
 Material: SANGUE
 Resultado: ERITROGRAMA

ERITROGRAMA
 V. Encontrado V. Normal
 Eritrocitos: 5,6 (4,3 a 6,0 milh/mm³)
 Hemoglobina: 16,9 (13,6 a 17,8 g/dL)
 Hematocrito: 51,0 (41,0 a 54,0 %)
 Vol. Globular Medio: 91 (80,0 a 100,0 fl)
 Hemog. Glob. Media: 30 (27,0 a 33,0 pg)
 Conc. de Hem. Gl. Media: 33 (32,0 a 36,0 g/dL)
 RDW: 14,3 (11,0 a 14,5 %)

LEUCOGRAMA
 Leucocitos /mm³: 15.000 (3.600 a 11.000)
 N. Relativos N. Absolutos
 Basófilo: 0,0 (0-2) 0 (0-200)
 Eosinófilo: 0,0 (0-4) 0 (50-400)
 Metamielócitos: 0,0 (0-1) 0 (0-100)
 Bastões: 0,0 (2-5) 0 (100-500)
 Segmentados: 88,0 (36-66) 13.200 (1800-6600)
 Linfócitos: 11,0 (22-44) 1.650 (1100-4400)
 Monócitos: 1,0 (3-10) 150 (150-1000)

EXAME - CONTAGEM DE PLAQUETAS

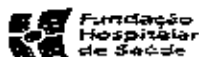
Método: DIRETO
 Material: SANGUE
 Resultado: 94.000 /mm³

(150.000 a 450.000 /mm³)

Observação: REPETIDO E CONFIRMADO

Valle Santos Araújo
 Biomedica
 CRBM 6247

VANESSA SIRQUEIRA DE OLIVEIRA
 CRBM: 4785



HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR
JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

23 JAN 2018

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE

Antônio Pacheco

ENFERMARIA

LEITO

Data/Hora

EVOLUÇÃO

28/11/17 Realizado cateterismo venal de dimensão
13:55 h utilizada sonda de Foley nº 16 fr, inserta-
do 13 ml de A.D. no balonete, retorno de
diurese < de 23 ml concentrada. Paciente
segue assistido e monitorado.

Assistência de Enfermagem
COREN-PA 317.108

12:30 Em tempo paciente admitido na estabilização
vinda do Posto 2, com vários ferimentos na
parte E decorrente de um acidente automobilístico,
ferimento em toda perna com presença de sangue
admitido pela Eng. Pivella.

A 18:20 Tentado passar sonda vesical de calib. com
presença de sangue muito espessa, sem retorno de
diurese, encontrando desobstrução no momento, comunicado
do ao médico plantonista Vanilson, onde se encontra
não vai auxiliar o paciente no momento. P.A. inaudível
14:30 SpO2 78%, FC 77, glicemia 1104, 86 mg/dl

14:15:16 Realizado plantão de estabilização com paciente
em procedimento sendo assistido por Dr. Felipe
Ferreira e equipe de enfermagem. Em TOT + VM com
medicação no momento, uso de noradrenalina em
BIC 20,0 mL/h. P.A. inaudível. segue em cuidados
de enfermagem.

Assistência de Enfermagem
Enfermeira
COREN-PA 464.307

12:00 Realizado passagem SVD Nº 16, no
momento de diurese.

Assistência de Enfermagem
Enfermeira
COREN-PA 464.307

12:20 Paciente com P.A. inaudível no mo-
mento de chegada e sem sinais vitais de
vitalidade considerável. comunicado de im-
bito a Dr. Felipe. Foi iniciada a RCP avançada
Dr. Felipe e com C3 com Noradrenalina de 215.

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE	ANTÔNIO PACHECO	LEITO	116
ENFERMIA	Estabilizada (Certo 3)		
ANOTAÇÃO			
12h	Adm. trazido para sala de estabilização vindo do posto 2 PS, em uso de O ₂ , eletrocardiograma de 12 derivações, AVE em uso, duplo curativo torácico, ferimentos em MFE, foi medicado EPR. Segue assistido pela equipe de enfermagem e 4500.		
13h	pct. medicado EPR — M. Clavus c. 4500		
14h	pct. relato sede intensa foi ofertado 3ml de água via pele enfermeiro priscila em seguida administrado medicação com M. Clavus c. 4500		
18h	pct. medicado EPR. pct. segue agitado, inquieto na unidade comunitária pela 2ª vez. O Dr. Vanshon sobre o quadro clínico do pct. enfermeiro priscila. pct. não obtém alívio. Segue aguardando avaliação médica. M. Clavus c. 4500		
18:45h	pct. segue com melhora após a administração da medicação. O enfermeiro Adriano que foi comunicar ao médico plantonista. M. Clavus c. 4500		
19:00h	Dr. Vanshon veio avaliar o pct. e foi preparado material de intubação. Em seguida pct. intubado por Dr. Felipe o plantonista. M. Clavus c. 4500		
20:00h	pct. passou bem com a intubação. M. Clavus c. 4500		
21:00h	pct. passou bem com a intubação. M. Clavus c. 4500		
22:00h	pct. passou bem com a intubação. M. Clavus c. 4500		
23:00h	pct. passou bem com a intubação. M. Clavus c. 4500		
24:00h	pct. passou bem com a intubação. M. Clavus c. 4500		
25:00h	pct. passou bem com a intubação. M. Clavus c. 4500		
26:00h	pct. passou bem com a intubação. M. Clavus c. 4500		
27:00h	pct. passou bem com a intubação. M. Clavus c. 4500		
28:00h	pct. passou bem com a intubação. M. Clavus c. 4500		
29:00h	pct. passou bem com a intubação. M. Clavus c. 4500		
30:00h	pct. passou bem com a intubação. M. Clavus c. 4500		

23 JAN 2018

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 481915
CNS:DATA: 25/11/2017 HORA: 11:24 USUARIO: RSARAUJO
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIO PACHECO DOC....: 3,929,31
 IDADE.....: 51 ANOS NASC: 10/08/1966 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO.....: TRAVESSA JOSE AIRTON DAS GRACAS NUMERO: 78
 COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO.....: SAO MIGUEL DO ALEIXO UF: SE CEP....: 49535-01
 NOME PAI/MAE...: JOSE PACHECO /DEZENITA BONFIM PACHECO
 RESPONSÁVEL....: ESPOSA TEL....: 079 991 6971
 PROCEDENCIA....: SAC MIGUEL DO ALEIXO - SE
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [] X mmHg ! PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

Paciente vítima de trauma com MIE há 02 dias.

R. e P.

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICAC

Alta com AINE

DATA DA SAIDA: ____/____/____ HORA DA SAIDA: ____:____:____
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

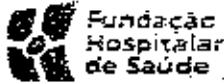
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): _____
 OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PA

Maria Rosinete de Jesus
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Ana Cristina
 Tbc. Radiologia
 CRTR: 00961

23 JAN 2018



RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. 3ª DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

Prontário Ginecologia

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

Prontário Ginecologia

SEXO

NASCIDO EM

17.09.1961

MATRÍCULA

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

*Exames mot. to dia 4 dia 17/01/2018
H. Demencia*

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDIÇÃO ADOPTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DO CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

*CBT/psiquiatria
Dip. med.*

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

transmissão

DATA DO ENCAMINHAMENTO

05.11.17

Wilson Pereira de Melo
Médico
CRM/AL 1617
CRM/SE 3961

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Maria Josinete De Jesus
(nacionalidade) Brasileira, [profissão] Advogada, portador da cédula
de identidade RG nº 1315747, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 045.257.495-60, residente na (endereço
completo) Rua Vitoria da Rosa, na cidade de
Sacramento do Sul, (UF) SE, CEP 49.535-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Manoel D. O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, [profissão] Advogado, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua Dos Sinos, na cidade de
St. Valéria, (UF) SE, CEP 49-680-000, a quem confiro
amplios e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Antônio Rocha
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) St. Valéria 15.12.17

(assinatura) Maria Josinete de Jesus

(RG) 1315747

Reconheço (por autenticidade) a firma de: **MARIA JOSINETE DE JESUS**
Ribeirão Preto/SE, Telefone: 79-3449-1912



Mylena Melo Sousa

MYLENA MELO SOUSA
ESCREVENTE AUTORIZADO

Mylena Melo Sousa
Escrevente Autorizado

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)