

Consulta processos - Pro... 0800004-84.2020.8.18.0... Email – Reinaldo Filho – Zimbra: Entrada (12) Tribunal de Justiça do P... Portal do Advogado... Apps Processo Virtual Na... Administrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

ProOrd 0800004-84.2020.8.18.0047

JOAQUIM DA SILVA MARQUES X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

8225673 - CONTESTAÇÃO (2691520 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 06/02/2020 16:59:02

06 Feb 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

8225669 - CONTESTAÇÃO

8225673 - CONTESTAÇÃO (2691520 CONTESTACAO 01)

8225679 - Documentos (2691520 CONTESTACAO Anexo 02) Autos

8225685 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)

8225690 - Documentos (GARITA DE PREPOSTOS)

8225843 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

15 Jan 2020

AUDIÊNCIA CONCILIACÃO DESIGNADA PARA 06/04/2020 10:00 VARA ÚNICA DA COMARCA DE CRISTINO CASTRO.

22 de 20

downloadBinario.seam 1 / 10

JOÃO BARBOSA

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA UNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE CRISTINO CASTRO/PI

Processo n.º 08000048420208180047

16:59 06/02/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE CRISTINO CASTRO/PI

Processo n.º 08000048420208180047

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove JONATHAS MENEZES MARQUES e MARIA ISADORA MENEZES MARQUES, representados por JOAQUIM DA SILVA MARQUES, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que seu ente querido, MARIA JOCEMIR DE MENEZES, foi vítima de acidente automobilístico ocorrido em 26/04/2015, o que acarretou no seu óbito em 27/04/2015.

No presente caso, não foi comprovada pela parte autora a NEGATIVA da Seguradora Ré do requerimento extrajudicial, com referência ao pagamento da indenização securitária, sendo, portanto, indevido o ajuizamento da presente ação.

Ademais, de acordo com o art. 5º, §1º, da Lei nº 6.194/74, a regulação do sinistro deve ser realizada no prazo de 30 dias pela seguradora mediante a apresentação pelo segurado dos documentos que o parágrafo do dispositivo menciona.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015^[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO INDEFERIMENTO DA INICIAL

Destaca-se, inicialmente, a ausência de documento indispensável a propositura de qualquer demanda judicial, qual seja, o comprovante de residência.

Compulsando os autos, percebe-se que não fora juntado documento de comprovação do domicílio do autor, em clara afronta ao artigo 320, do CPC.

Ocorre, que a ausência do referido comprovante inviabiliza até mesmo a elaboração da defesa da Ré, uma vez que impossibilita a comprovação da competência territorial.

Diante disso, considerando o momento processual, requer a extinção da presente demanda, na forma dos artigos 321 c/c 485, I. CPC.

DA ILEGITIMIDADE “AD CAUSAM” DE PARTE NO PÓLO ATIVO DA PRESENTE DEMANDA

Inicialmente, em que pese as autoras figurarem nesta demanda, alegando para tanto serem filhos da falecida, não comprovam serem únicas herdeiras e beneficiárias da vítima, comprovando, inclusive, nos autos que a vítima deixara outro filho, também menor.

Cumpre destacar que a Lei 11.482/07, deu nova redação ao artigo 4º da Lei 6.194 e estabeleceu que a indenização, no caso de morte, será paga de acordo com o disposto no artigo 792 do Código Civil^[1].

NA HIPÓTESE VERTENTE, AS PARTES AUTORAS PROMOVEM A PRESENTE AÇÃO COM O FITO DE OBTER A INTEGRALIDADE DA INDENIZAÇÃO, TODAVIA, CONFORME COMPROVADO NOS AUTOS, A VÍTIMA DEIXOU TRÊS FILHOS:

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

OBSERVAÇÕES/ANOTAÇÕES
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

^[1]_x“Art. 4º: A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil. (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)”.

Assim, deve-se verificar a impossibilidade de pagamento da indenização às autoras, posto que não se enquadra na qualidade de únicas beneficiárias, de modo que tal fato merece ser reconhecido, a fim de que, a Ré, ou qualquer outra Sociedade Seguradora participante do “**pool**” do Convênio DPVAT, não seja compelida a efetuar outro pagamento a possível beneficiário que possa surgir.

AINDA NESTE SENTIDO, NECESSÁRIA SE FAZ A VERIFICAÇÃO DE TODOS OS BENEFICIÁRIOS DA VÍTIMA, OU SEJA, SE, ALÉM DOS TRÊS FILHOS, DEIXOU COMPANHEIRO (A), RAZÃO PELA QUAL PUGNA PARA QUE SEJAM INTIMADOS OS PAIS DA VÍTIMA A FIM DE ESCLARECER SE A MESMA POSSUÍA COMPANHEIRO (A) E SE REALMENTE SÓ POSSUÍA TRÊS FILHOS.

Desta forma, ante a ausência comprovação de única beneficiária da autora para receber a indenização em sua totalidade, requer seja julgada extinta sem julgamento do mérito, nos termos do art. 485, v, do CPC do código de processo civil/2015.

DA FALTA DE INTERESSE DE INTERESSE PROCESSUAL

PENDÊNCIA DOCUMENTAL

O processo deve ser extinto sem conhecimento do mérito, porque não concorre uma das condições da ação: o **INTERESSE PROCESSUAL**.

Verifica-se que, o autor ingressou com o pedido administrativo, todavia, incorreu em pendência documental, de maneira que deixou de sanear tal pendência, acarretando no cancelamento do sinistro.

Insta esclarecer que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro pacificou o tema e conforme o Aviso nº 108/2012 resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo antes de ingressar com ação no Judiciário, vejamos:

“A prova do requerimento administrativo prévio à seguradora da cobrança da cobertura do seguro DPVAT deve ser exigida pelo juiz no exame da petição inicial”.

No mesmo sentido, se posicionou o Superior Tribunal de Justiça, vejamos:

“AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO. DPVAT. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. REQUISITO ESSENCIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR.

Inércia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incursão em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violção ao princípio da inafastabilidade do acesso à Justiça. Impossibilidade de exame por esta Corte de Justiça. Matéria atinente à competência do Supremo Tribunal Federal.

O requerimento administrativo prévio constitui requisito essencial para o ingresso de demanda judicial.

(...) 4. Agravo regimental desprovido” (AgRg no REsp 936574/SP, Terceira Turma, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgamento em 02/08/2011).

Trata-se de oportunizar à seguradora o pagamento extrajudicial, até porque, o requerimento prévio administrativo é requisito essencial para a utilidade da providência jurisdicional, conforme dispõe o art. 5º, § 1º da Lei 6.194/74, abaixo transcrito:

“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

(...)

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30

(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)(...)"

A atitude de ingressar com ação antes de tentar solucionar a questão pela via administrativa, que, frise-se, é mais célere, acarreta aglomeração de processos, como se observa com frequência em nosso Judiciário.

Deste modo, verifica-se que a seguradora só se constitui em mora 30 dias após a entrega de todos os documentos legais na esfera administrativa. E, no caso dos autos, o direito de ação nasceria com a recusa do pagamento do sinistro na instância administrativa, o que corresponderia ao evento danoso. Como isto nunca ocorreu, não tem a parte autoral a necessária legitimidade postulatória.

Assim, tendo o autor deixado de cumprir as exigências administrativas à indenização que entende devida, ingressando com a presente ação sem antes eliminar todas as possibilidades, resta claro que não existe interesse na demanda.

Importante salientar, ademais, que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inherência das suas atividades.

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, na forma do Art. 485, VI, do CPC, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

CARÊNCIA DE AÇÃO - FALTA DE DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

(AUTO DE NECRÓPSIA / LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO – IML).

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT a indenize pelo suposto falecimento de seu ente no acidente noticiado.

A RÉ DEMONSTRARÁ A SEGUIR QUE A PARTE AUTORAL CARECE DA AÇÃO POR NÃO TER FEITO A COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL DA SUA PRETENSÃO.

A lei é clara, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos, quais sejam:

"Art. 5º(...)

§1º(...)

a) Certidão de óbito, registro da ocorrência policial competente e a qualidade de beneficiários no caso de morte;

§3º Não se concluindo na certidão de óbito o nexo de causa e efeito entre a morte e o acidente, será acrescentada a certidão de auto de necropsia, fornecido diretamente pelo Instituto Médico Legal, independente de requisição ou autorização da autoridade policial ou da jurisdição do acidente

Ademais, o artigo 5º da Resolução CNSP nº 07/97, repetindo praticamente o que dispõe a lei, assim disciplina:

“Caso seja detectada falha de ordem formal em um dos documentos mencionados nos artigos 2º e 4º, ou a existência de indícios de fraude, deverá a seguradora, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar do recebimento da documentação, notificar o interessado com “aviso de recebimento”, solicitando os documentos ou esclarecimentos necessários à elucidação do assunto.”

Constata-se que não há nos autos o Laudo do Instituto Médico Legal certificando, com a exatidão que a lei determina a *causa mortis* da vítima como sendo oriunda de acidente automobilístico noticiado.

Essa prova documental incumbe à parte Autora, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 333, I, do CPC.

Dessa forma, como a certidão de óbito não informa que houve acidente de trânsito, não poderia a parte autora pleitear indenização a título de seguro obrigatório, DPVAT, pelo falecimento de seu ente querido, ainda, que lhe tenha causado dor, pois o seguro DPVAT tem requisitos legais a serem obedecidos os quais são alegados ao longo da peça processual que ora se apresenta.

DA INÉPCIA DA INICIAL

DA AUSÊNCIA DO BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que não foi instruída com os documentos essenciais à propositura da ação.

O autor não acostou o boletim de primeiro atendimento médico, documento essencial para comprovar o nexo causal entre o acidente e a morte da vítima.

Não se pode olvidar acerca da existência de requisitos formais para o ajuizamento de qualquer demanda, os quais são tradicionalmente denominados na praxe forense de requisitos da petição inicial, estes elencados no art. 319 do Novo Código de Processo Civil, que pedimos escusas para transcrever, senão vejamos:

“Art. 319. A petição inicial indicará:

I - O juiz ou tribunal, a que é dirigida;

II - Os nomes, prenomes, estado civil, profissão, domicílio e residência do autor e do réu;

III - o fato e os fundamentos jurídicos do pedido;

IV - o pedido, com as suas especificações;

V - o valor da causa;

VI - as provas com que o autor pretende demonstrar a verdade dos fatos alegados;

VII - o requerimento para a citação do réu.”

Em prosseguimento, cumpre salientar o disposto no art. 330, I e parágrafo primeiro, Novo Código de Processo Civil, ipsius literis:

“Art. 330. A petição inicial será indeferida:

I - quando for inepta;

Parágrafo primeiro. Considera-se inepta a petição inicial quando

I – lhe faltar pedido ou causa de pedir;

II – o pedido for indeterminado, ressalvadas as hipóteses legais em que se permite o pedido genérico;

III – da narração dos fatos não decorrer logicamente a conclusão;

VI – contiver pedidos incompatíveis (...)."

Merece destaque, portanto, o disposto no art. 485, I, do Código de Processo Civil. Vejamos:

"Art. 485. Extingue-se o processo, sem resolução de mérito:

I - quando o juiz indeferir a petição inicial; (...);"

Desta forma, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto a comprovada omissão do autor com relação aos fatos narrado e o fato desta não ter colacionado aos autos documentos exigíveis a propositura da demanda.

Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DA AUSÊNCIA DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Primeiramente, analisando o referido documento, o mesmo encontra-se incompleto, não havendo como se comprovar a dinâmica dos fatos.

Portanto, para que não pare qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual for registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

A Lei que regula a indenização pleiteada pela Autora é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a morte e o acidente noticiado.

EM QUE PESE A PARTE AUTORA TER JUNTADO AOS AUTOS A CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA, NÃO HÁ ELEMENTOS CAPAZES DE COMPROVAR QUE A VÍTIMA TERIA FALECIDO EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, CONFORME DEMONSTRADO ABAIXO:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:
MARIA JOCEMIR DE MENEZES

MATRÍCULA:

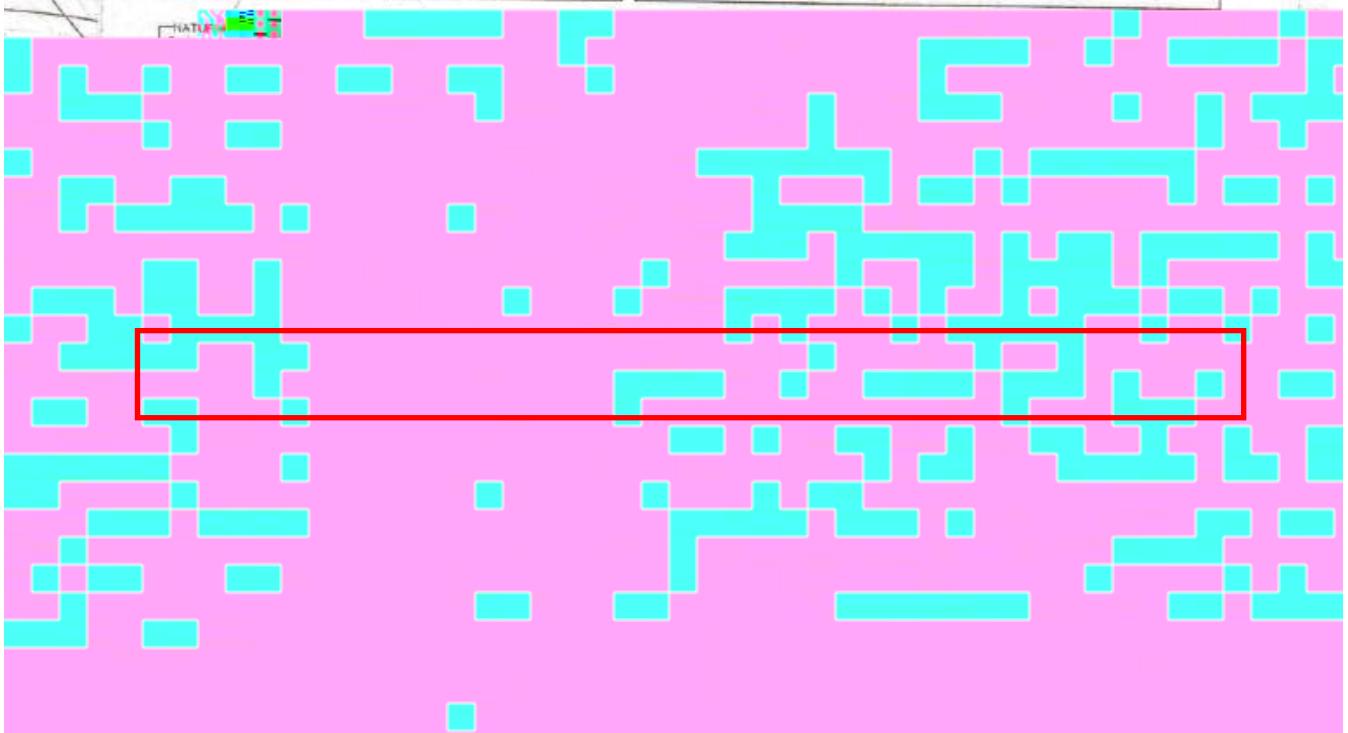
119180 01 55 2015 4 00131 184 0061995 26

SEXO:
Feminino

COR:
branca

ESTADO CIVIL E IDADE:
solteira, trinta e três anos

NATUR



EXA., APESAR DA PARTE AUTORA TER JUNTADO A CÓPIA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA, NÃO FICOU COMPROVADO ATRAVÉS DOS DEMAIS DOCUMENTOS TRAZIDOS PELO AUTOR QUE A MORTE DA VÍTIMA TENHA DECORRIDO DO ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

CONFORME JÁ INFORMADO ACIMA, ALÉM DA CERTIDÃO DE ÓBITO NÃO ATESTAR QUE O ÓBITO DECORREU DO ALEGADO ACIDENTE, AS AUTORAS DEIXAM DE APRESENTAR OS DOCUMENTOS DE ATENDIMENTO MÉDICO QUE COMPROVEM O ATENDIMENTO NO DIA DO ACIDENTE HAJA VISTA QUE SEU FALECIMENTO SE DEU SOMENTE NO DIA POSTERIOR, 27/04/2015.

CUMPRE-SE RESSALTAR AINDA QUE A PARTE AUTORA NÃO JUNTOU NENHUM DOCUMENTO CONTEMPORÂNEO AO SINISTRO, DEIXANDO AINDA DE APRESENTAR A CERTIDÃO DO AUTO DE NECROPSIA / LAUDO CADAVÉRICO.

Perceba ainda, que não houve a juntada da documentação médica que comprove o nexo de causalidade e o lapso temporal entre a suposta data do acidente informada, dia 26/04/2015, e a morte da vítima, ocorrida em 27/04/2015.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supra transcrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do CPC.

No caso em apreço, não obstante dispensável a verificação do elemento culpa, mormente por se tratar de um seguro cuja responsabilidade é objetiva, é imprescindível a verificação de nexo de causalidade entre o acidente automobilístico e o dano fatal, sob pena de inviabilizar a indenização prevista na Lei 6194/74.

DESTARTE, COMO NÃO HÁ COMPROVAÇÃO CABAL DO NEXO CAUSALIDADE ENTRE A MORTE E O SUPOSTO ACIDENTE NOTICIADO, DEVERÁ SER A IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO É A MEDIDA QUE SE IMPÕE.

DA PLENA VIGÊNCIA DA LEI 11.482/07

ALTERAÇÃO DO ART. 4º DA LEI 6.194/74

Cumpre salientar que na data de 31 de Maio de 2007, entrou em vigor a Lei 11.482/07, que alterou a Lei 6.194/74 e a Lei 8.441/92. Em seu art. 8º, encontra-se especificado os novos valores a serem adotados, no que tange à indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT4.

Destaque-se ainda, que a Lei 11.482/07 modifica a forma de pagamento a ser realizado aos beneficiários legais e o mesmo art. 8º da referida Lei, alterou o art. 4º da Lei 6.194/74, no sentido de que a indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 do Código Civil 5.

Desta forma, resta indiscutivelmente comprovado que a verba indenitária deve ser rateada entre todos os beneficiários da vítima.

Reiterando que o valor indenizável para a cobertura de evento morte é de R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais), verifica-se que o valor deve ser dividido entre todos os beneficiários da vítima.

Portanto, para que a autora possa receber o valor referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, deve comprovar a qualidade de única beneficiária.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação6.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 15% (quinze por cento), nos termos do § 1º Art. 1º da Lei nº 1.060/50.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil, às hipóteses de casos de “fácil” instrução.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (Dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

Ante o exposto, requer a Ré a improcedência da ação, tendo amplamente demonstrado o total descabimento da presente demanda, nos exatos termos do artigo 487, inciso I, do CPC.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10%, consoante a previsão do art. 11, § 1º, da Lei 1.060/50.

Protesta, ainda, por todo o gênero de provas admitido em direito, especialmente documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da parte autora para que esclareça:

- Queira o autor esclarecer se é o único beneficiário da vítima ou tem conhecimento da existência de outros herdeiros;
- Queira o autor esclarecer a dinâmica do acidente, o dia que o mesmo ocorreu, os veículos envolvidos e suas características;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial;
- Se tem ciência de algum pagamento administrativo referente ao sinistro em tela e qual valor;

PARA FINS DO EXPRESSO NO ARTIGO 106, INCISO I, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL, REQUER A RÉ QUE TODAS AS INTIMAÇÕES SEJAM ENCAMINHADAS AO ESCRITÓRIO DE SEUS PATRONOS, SITO NA RUA SÃO JOSÉ, N° 90, GRUPO 810/812, CENTRO, RIO DE JANEIRO-RJ, CEP: 20010-020 E QUE AS PUBLICAÇÕES SEJAM REALIZADAS, EXCLUSIVAMENTE, EM NOME DO PATRONO EDNAN SOARES COUTINHO, INSCRITO SOB O N° 1841/PI, SOB PENA DE NULIDADE DAS MESMAS.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 13 de agosto de 2019.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; FERNANDO DE FREITAS BARBOSA, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados EDNAN SOARES COUTINHO, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e HERISON HELDER PORTELA PINTO, inscrito na OAB/PI sob nº 5367 , ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move JONATHAS MENEZES MARQUES, em curso perante a ÚNICA VARA CÍVEL da comarca de CRISTINO CASTRO, nos autos do Processo nº 08000048420208180047.

Rio de Janeiro, 6 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Maurício Crispim Bezerra
Escrevente Substituto

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, as fls. 039 do Livro Nº A-14 de Registro de Nascimento
sob Nº 11872, foi feito hoje o assento de MARIA ISADORA MENEZES
MARQUES do sexo Feminino - cor branca
nascida no dia 13 de fevereiro de 2003 às 16:25 horas
em IPAUMIRIM - 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 recém-nascido no dia 10 de março de 2003

Faz testemunha a Padre

Testemunhas Margarida Maria da Paixão Bezerra e

Talma Iberálio da Souza

Observações

SEM EMOLUMENTOS

Lei 9.534/97 - Anis. 1º

SELO N.º 84394402

Órgão e vencida e duração

Ipaumirim/CE, 10 de março de 2003

Maurício Crispim Bezerra
O FÍCIAL

CARTÓRIO FARIAS - 1º OFÍCIO

Maurício Crispim Bezerra

Escrevente Substituto no exercício
da Titularidade (Perí. 20/99)
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

soh 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

Naap Geral Inez Andressa-Aurora-Ce

filho de Joaquim da Silva Marques

edona Maria Jecemir de Menezes

São avós paternos Joaquim Marques da Silva

edona Maria da Silva Santes

São avós maternos José Sabino de Menezes

edona 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:

LE 53497 - Arq. 1º 3º e 5º

SDNPA 34193549

O referido é verdade e dou fé

Ipauimirim, 26 de fevereiro de 2007

Ana Lúcia de Lima

Ana Lúcia de Lima

Escrivente Substituto

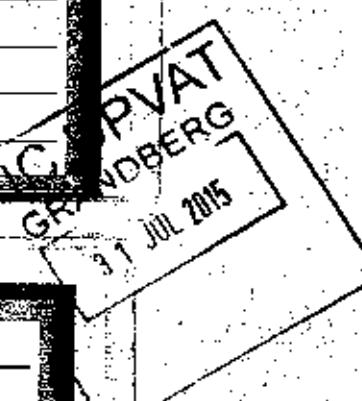
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

Ana Lúcia de Lima

Servente 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.)

REGISTRO GERAL
3.830.530 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/11/12

NOOME
JOAQUIM DA SILVA MARQUES

FILIAÇÃO

MARIA DA SILVA SANTOS
JOAQUIM MARQUES DE SOUSA
NATURALIZADO

CRISTINO CASTRO-PI
DOC. 091969

CERT. NASC. 3689-L-AS-F-136
EXP. CRISTINO CASTRO-PI 07/03/12

TELEFONE - PI
015.819.503-5700

LEI 8.736 DE 20/06/93 - DECRETO N° 92.250/93

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

JOAQUIM 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
06.4818.21, no dia 12/09/2012 (hora e data de Brasília).
Número verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

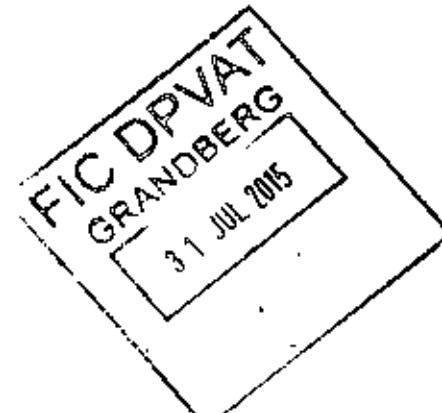
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
015.819.503-57

Nome
JOAQUIM DA SILVA MARQUES

Nascimento
03/09/1980

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





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.

58.322.810-8 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: CAVEN

IPAUMIRIM-CE IPAUMIRIM CN:LV.A14 /FL5.39 /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



400124

<p>REPU B LICA FEDERATIVA DO BRASIL</p> <p>ESTADO DE SÃO PAULO</p> <p>SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA</p> <p>INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO DUMBLETON DAINT</p> <p>1080-1</p> <p>52303268</p> <p></p> <p>Assinatura do Titular</p> <p>CARTEIRA DE IDENTIDADE</p>		<p>VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL</p> <p>PERÍODO GERAL 59.322.718-9 1 via DATA DE EXPEDIÇÃO 28/11/2014</p> <p>Nome JONATHAS MENEZES MARQUES</p> <p>PAIS/PAZ: JOAQUIM DA SILVA MARQUES MARIA JOCEMIR DE MENEZES</p> <p>NATURALIDADE: AURORA - CE</p> <p>DOC. ORIGEM: IPAMIRIM-CE IPAMIRIM ON:LV.A16/FLS08 /Nº12648</p> <p>CPF: 490251798/19</p> <p>Roberto Avelino Assinatura do Diretor</p> <p>LEI Nº 7.116 DE 29/08/83</p>
--	--	---

20100003 - 1021 000001 1 100 201 0000003



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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Joaquim da Silva Marques
0008707

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

3.830.580

DATA DE
EXPEDIÇÃO 22/11/12

NOME

JOAQUIM DA SILVA MARQUES

FILIAÇÃO

MARIA DA SILVA SANTOS
JOAQUIM MARQUES DE SOUSA

NATURALIDADE

DOC. 01008M

CRISTINO CASTRO-PI

DATA DE NASCIMENTO

03/09/1980

CERT. NASC. 3689 L A5 F 136
CPF EXP CRISTINO CASTRO-PI 07/03/12

TERESINA - PI

015.819.503-5 ASSINATURA DO GESTOR

LEI N° 7.116 DE 28

Documentos de identificação

000124

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

às 10:18:31 do dia 12/09/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

015.819.503-57

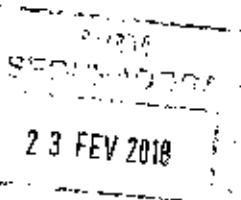
Nome

JOAQUIM DA SILVA MARQUES

Nascimento

03/09/1980

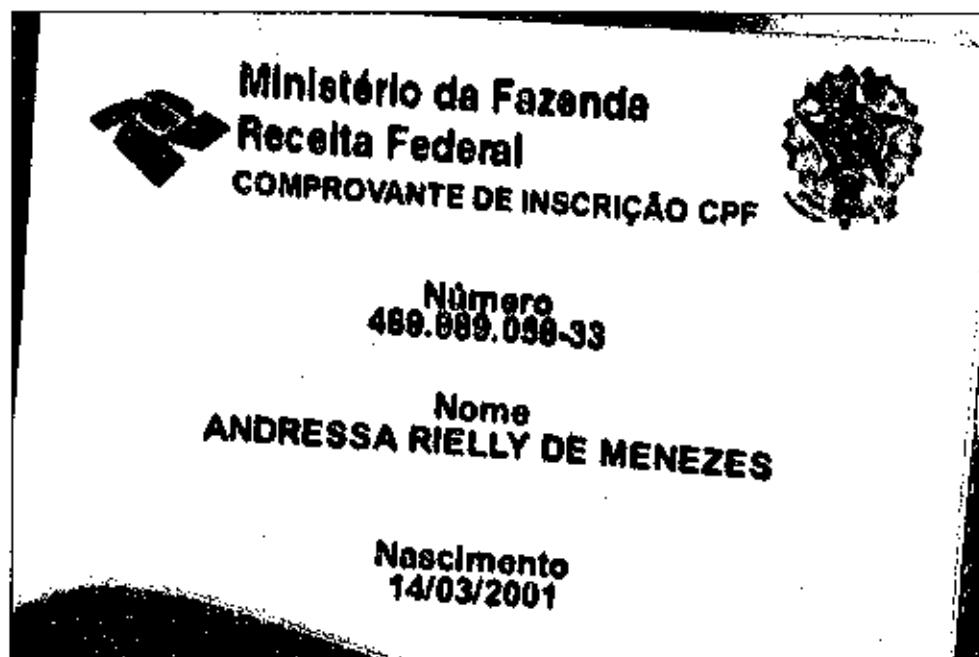
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CÓDIGO DE CONTROLE
2E80.C6F7.412E.A1D1



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
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



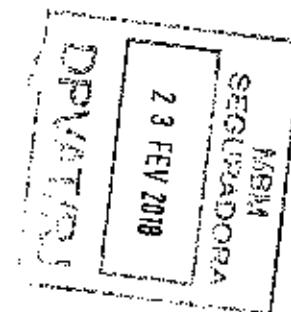
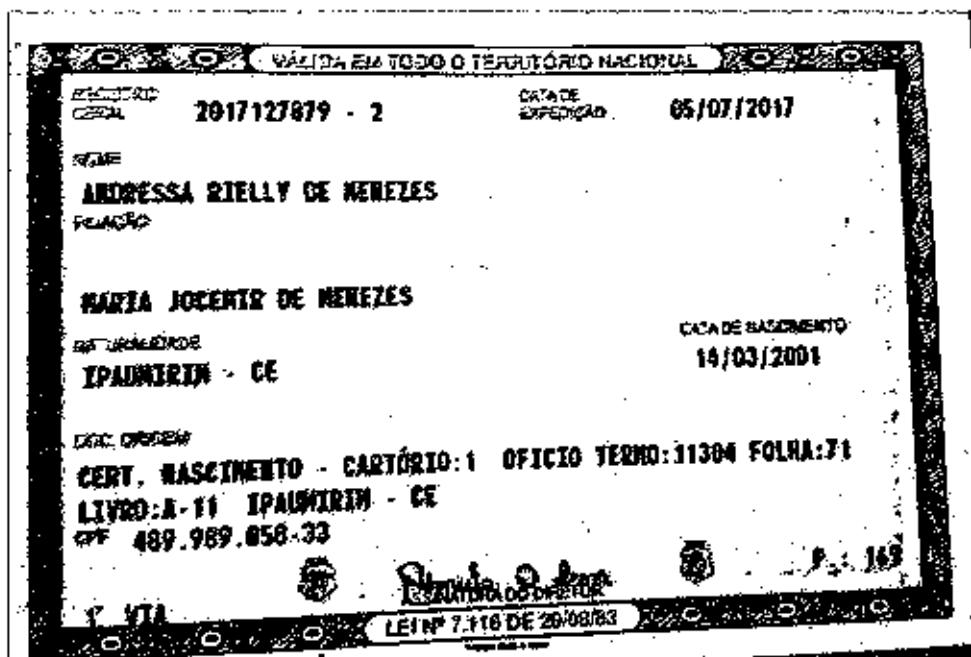
 **Ministério da Fazenda**
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
469.089.098-33

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 Manaves</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: Józio Vitorino da Silva</i>	Número <i>517</i>	Cidade <i>Gustavo Cardoso</i>	Estado <i>PB</i> CEP <i>67.920.000</i>
Nome do beneficiário principal <i>Joaquim da Silva Manaves</i>	Número <i>517</i>	Cidade <i>Gustavo Cardoso</i>	Estado <i>PB</i> CEP <i>67.920.000</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 Círculo 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 Indemnização 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.

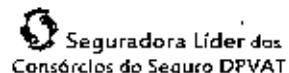
Obs.: Reservamo-nos o direito de requisitar a apresentação de outros documentos, caso sejam necessários.

L emar - 25 14/07/2015
Local e Data

Jan. 21
Assinatura
Varre Bins
8908116-6588

NOV. 11/11. 1962. 2000 1000 1000 1000
TO MOUNTAIN.
BLACK HORN. REEDHORN. WORKER. OF ACID & SALT THER-
APERTURE. OF THE ACID. 1000 1000 1000 1000

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: Patricia Fierman

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

História da Moléstia atual:

EXAME FÍSICO

Nível de Consciência	Pupilas	Respiração	Pulso	Abdome	Eliminação Urinária
() Consciente	() Isocórica	() Eupneico	() Pres. () Aus.	() Plano	() Expon. Urinária
() Insconsciente	() Midriase	() Dispneico	() Rítmico	() Globoso	() Disúria
() Orientado	() Anisocórica	() Cateter O2	() Arrítmico	() Doloroso	() Hematúria
() 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 diarreia;	
() 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
Dona Balbina 90 Anos

SAE - SALA DE URGENCIA E EMERGÊNCIA

Name: John Doe (or whatever you want)

Idade: 39

Data: 2010-115 1

HD: Ma. Victoria

Nível de Consciência	Pupilas	Respiração	Pulso	Abdome	Eliminação Urinária
() Consciente	() Isocórica	() Eupneico	() Pres. () Aus.	() Plano	() Expontânea
() Insconsciente	() Midriase	() Dispneico	() Rítmico	() Globoso	() Disúria
() Orientado	() Anisocórica	() Caleter O2	() Arrítmico	() Doloroso	() Hematuria
() 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-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:



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
Granulocitos.....	0	0	0 - 0
Mielocitos.....	0	0	0 - 0
Metamielocitos.....	0	0	0 - 1.0
Bastões.....	2	332	0.0 - 10.0
Segmentados.....	76	12616	35.0 - 72.0
Eosinofilos.....	1	166	1.0 - 6.0
Basofilos.....	0	0	0.0 - 1.0
Linfocitos Tipicos.....	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: Nêutrofilos granulações toxicas discretas

METODOLOGIA

Contagem Eletrônica por
KX-21N - Sysmex-Roche

PASSO FIM

Conferido, 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: portolab.laboratorio@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

MÉTODO: QÜICK

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 desse exame 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: 09/07/15

Data Validade: 21/05/15

Iniciais Doador: LPPT

Quantidade da Bolsa: 388 ml

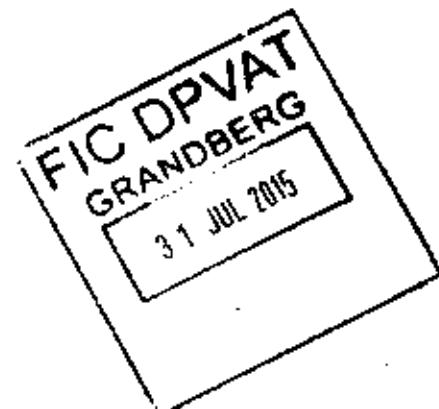
Tipo de Hemocomponente CH

Grupo RH

0

Negativo

MOO. 44



Porto Ferreira, _____

Paciente: _____

Tipo Sanguíneo _____ RH _____

PROVA CRUZADA MAIOR

Prova cruzada "COMPATÍVEL" com o doador

N.º 9020 Tiposanguíneo 0 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 de tórax PA

Laboratório: de pulmão AP

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

costa L AP + P

toracoscópico 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** Prontuário: **80688**
 Nasc.: **14/04/1982** Idade: **33 Anos** Cor: **Branca**
 Conjuge: **NAELINTON COUTINHO DUARTE**
 Sexo: Feminino Religião: **OUTROS** Estado Civil: **Amasiada**
 Natural de: **CAJAZEIRAS** Fone: **1935891284**
 Identidade: **C.P.F.:** **CNS 898000471628176**
 Profissão: **NENHUM CBO**
 End.: **JOSE GOMES**
 Bairro: **PORTO BELLO**
 Estado: **SP** Cep.: **13660000**
 Filiação: **JOSE SABINO DE MENEZES** e **FRANCISCA CHAGAS 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:
 Clínica: Cirúrgica Guia: Validade: **30/12/1899**
 Observação: Repcionista: **DAIANEKAERLI**

Nome do Responsável: **NAELINTON 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: Adriano Cesar de Menezes

Registro N°: 16698

Médico D:

Francesca Davis

Quarto / Leito:

Convênio: SuS

Data /	Hora	PRESCRIÇÃO MÉDICA	Horário
26/11/15		1) Ioglu	
		2) tet-pain (EV) 100	10:00
		3) secretin 1x (EV) 10/20	10:00
		4) Zeracid (EV) 100	10:00
		5) Salbut (EV) 100	10:00
		6) Zeracid (EV) 100	10:00
		7) Zeracid (EV) 100	10:00
		8) CCG	10:00
		Dr. Fernando Ramos Médico CRM - 106.502	
9		1) Imsitol 250ml (EV) Agone	10:00
10		2) Bicarbonato Na* 8,4% - 250ml (EV) sum	10:00
11		3) SV - CV	
12		4) Conanteno 1mmol 4 ml/mls (EV) 15mls	10:00
13		5) Piconina jante (03) 10mls (EV) Agone	10:00
		Med. Preguiça & Leite GASTROLOGISTA CRM-SP 103.930	

IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA
Hospital Dona Balbina



Nome do Paciente: _____ Médico Dr. _____
Registro Nº: _____ Quarto / Leito: _____ Convênio: _____

EVOLUÇÃO MÉDICA

Data	Admisió semi intensiva
26/04/15	Pacienta vítima de acidente automobilístico, el mecanismos asociado de lesió (TCE grave (Fractura temporal bilateral + Hematoma extradural bilateral perietal) + Fractura bilateral de zama + contusió medular (Laparotomia previa) està sedada, en VM port-tot. Si d'obstacles respiratoris Aparat respiratori AC: 16,9 - CAC: 10,6 cm H2O
	PA: 170x90 mmHg FC: 112 bpm. SPO2: 95%
	Cd. / Solicitud de urgente CROSS fit nitro esmaltante
	Supone intensivo

*IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA
HOSPITAL DONA BALBINA*

PACIENTE: Monica Fernández de la Torre

FRONT:

DATA	HORA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
26/04/2015	16:00	Cliente admitida no consultório da unig para submeter-se a laparotomia exploratória nos exs. anidados do Dr. Fernando Ramon, representando TOT no 7.5, SVD com dor e dor, com pressão de sangue sanguinolenta SNG em drageas, teta com dor em 10MM, sentimento em MSE e D, dor abdominal com 3/5 de 10m/s, acomodada em SO-02, instalado multiescravo que anidados e ex. de inf. Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	16:15	Cliente no ex. anidado pelo Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	16:20	Lavagem do E → no Fornecimento dirigido no 3035150400026; data de validade 01/05/15; iniciar anidado. EPT; grupo O Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	16:40	Administrado os ex. do Kappa EU; pele Ora test. Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	17:00	Lavagem das laparotomias para Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	17:20	Início das operações no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	17:30	Finalizadas as Bticas no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	17:45	Informado os Bticos no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	17:55	Finalizadas as Bticas no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	18:00	Informado os Bticos no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	18:15	Finalizadas as Bticas no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	18:30	Informado os Bticos no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	18:45	Finalizadas as Bticas no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	19:00	Informado os Bticos no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	19:15	Finalizadas as Bticas no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	19:30	Informado os Bticos no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	19:45	Finalizadas as Bticas no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	20:00	Informado os Bticos no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	20:15	Finalizadas as Bticas no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	20:30	Informado os Bticos no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	20:45	Finalizadas as Bticas no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	21:00	Informado os Bticos no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	21:15	Finalizadas as Bticas no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	21:30	Informado os Bticos no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	21:45	Finalizadas as Bticas no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	22:00	Informado os Bticos no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	22:15	Finalizadas as Bticas no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	22:30	Informado os Bticos no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	22:45	Finalizadas as Bticas no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	23:00	Informado os Bticos no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	23:15	Finalizadas as Bticas no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	23:30	Informado os Bticos no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	23:45	Finalizadas as Bticas no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	23:55	Informado os Bticos no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930
26/04/2015	00:00	Finalizadas as Bticas no E no Dr. Fernando R. Ramon com exs. anidados do Dr. Fernando R. migada Nayara T. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930

*IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA
HOSPITAL DONA BALBINA*

PACIENTE: Maria Fernanda dos Reis Magalhães PRONT:

DATA	HORA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
26/04/15	18:30	Terminou seu Balaio de C.D de farrapos das - gato: nº 3035150413037, data de validade: 18/05/15, insumos de uso: TSD, grupo 6 ⁺ Nayara L.T.Beltrame Téc Enfermagem COREN-SP 587930
26/04/15	18:35	Terminou seu Balaio de C.D de farrapos das - gato nº 3035150413037, data de validade: 18/05/15, insumos de uso: TSD, grupo 6 ⁺ Nayara L.T.Beltrame Téc Enfermagem COREN-SP 587930
26/04/15	18:40	Terminou da picada de # da Pernambuco mm 15, que é Ronaldos, exercícios da Ordemano Nayara L.T.Beltrame Téc Enfermagem COREN-SP 587930
26/04/15	18:50	Cliente manteve TOT, SVD com dor de hematoma, suspensões C.D de farrapos, color: cromal, manteve SUDV após curimata e cl. de nf.
26/04/15	19:05	Cliente encaminhado pf TOT para gato malidoa Nayara L.T.Beltrame Téc Enfermagem COREN-SP 587930



IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA

CONFEDERAÇÃO DE PORTO FERREIRA

Data da Internação 11/06/2018 Idade 32 Sexo /
Registro /

Registro/6.6.1357 Leito 1 Peso

Sala de Monitoração de Paciente

Data 26/04/15 Médico

Diagnóstico

DÉBITO CENTRO CIRÚRGICO

DATA_ /
CONVÊNIO
INICIO 11 •-2-0.. FIM_13 ^ ^ Q_
_AUXILIAR . L=.,
ANESTESIA;
_OBSERVAÇ0ES;

wmW amW mmasBā

	Abocath
	Agua oxigenada
	Akulha
	Akulha
	Akulha 13x4,5
	Akulha 25x7
	Akulha 30x7
	Akulha 40x12
	Akulha de peridural
	Akulha para Bloqueio
	Akulha raqui
	At agodão
	At crepe
	At gesso
	Clorexidina alcoólica
iOC	Clorexidina degerman
	Coletor sistema fechado
?' j-er	Compressa 25x13
JO	Compressa 45x43
	Degermante
	Dreno
	Eletrodo
OS	Equipo
	Equipo 2 vias
O. <	Escova cirúrgica
	Espasadrapo
	Gaze
	In Stopper
o i	Lâmina de bisturi ^ J.
o 1	Lâmina de bisturi i ^

mmBm#=Kasmm«^j3		
A.D. 1000 ml	Algodão (fio)	
A.D. ib ml	Catgut.cromado	c/a
Alfast	. Cargut cromado	s/a
Aramin	CatgütSimples	c/a
Decadron	CatgütSimples	s/a
Dipirona	Monocril -	
Dormonid	Monotil- ..	
Etomidato	Nylon	c/a
Etrane	Nylon	• c/a
Fentanil (ampola)	Nylon	s/a
Fentanil (fr)	Nylon	s/a
Forone	Poliester	
Kefazol	Poliester (Ethibond)	
Keflin	Seda	c/a
Neocaina 0,5% s/v	Seda	-'- s/a
Neocaina isobárica	Vicril	c/a
Neocaina 0,5% c/v	Vicril	c/a
Neocaina pesada		
Novabupi c/v		
Novabupi s/v		
Omeprazol	Hemacel	
Plasil	S. Ringer 500 ml tr	
Profenid ev	SF 100 ml r	
Propofol	SG 5% 500 ml	
Prostigmine	SGF 1000 ml	
Recuron	OJ iTs^erc-x-fc,—	
Sevorane		
Solucortef mg	-.^⇒aoas^soAJac^ C	
Succitrat	O V C 3 "^^UUYT-voLc**!..^ «CW^OL^XT^O "T^	
Tilatil 40 mg	màsm	

Hospital Dona Balbina da Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira

FICHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Maria Joaquina da Menino</u>		MATRÍCULA:		
DATA	PIRATERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
27-04-15	98x44	132	T.O.T	—	—	—
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLÓBINA	HEMATÓCRITO	CLICEMIA	OOS. UREA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <u>11</u>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <u>Hipotensão, Hipotermia</u>			ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>MVT Síntese</u>			ASMA — BRONQUITE			
SISTEMA DIGESTIVO —			SISTEMA URINÁRIO <u>Hematuria</u>			
ESTADO MENTAL <u>T.O.T de adagio</u>			CORTICOIDES	ATÁRAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Doença pulmonar (fral. KMET)</u>			RISCO <u>IV E</u>			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES e DOSES)			APLICADO ÀS	EFEITO		
TOTAL DOSES						
Agentes Anestésicos	Oxigênio 100% 2 3					
Líquidos	SOLUTO 500 400 SANGUE 300 OUTROS 200 100					
Temperatura T	38 36 34 32 30	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	SEQUÊNCIA			
P. Arterial V A	<u>1º Fase 30 ang</u>					
Pulso	<u>3</u>					
Inicio e fim Anestesia X						
Inicio e fim Operação O						
Respiração O						
Símbolos:	<u>X, 0</u>					
DURAÇÃO <u>2:304</u>						
Técnicas: <u>ANAL</u>				Incidentes - Acidentes:		
Operação: <u>1º fase torax deffinadora + TPO-cirurgia de art. do KMET</u>						
Cirurgiões: <u>D. Fachado, Doura, L.R. França + E. Andrade da Silveira</u>						
Anestesiistas: <u>Adriano Faria</u>						
Particularidades:				Condições pós oper. imediatas: <u>T.O.T / Sono</u>		
Assinatura e Carimbo do Anestesiista						

FIC DPVAT
GRANDBERG
31 JUL 2015

FOLHA DE ANESTESIA

ÍNDICE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Final Cirurgia Hora	Entr. HORA	30'	60'	90'	120'	Saída HORA
APTO MOVER 4 EXTREMIDADES	:2						
APTO MOVER 2 EXTREMIDADES	:1	ATIVIDADE					
APTO MOVER 0 EXTREMIDADES	:0						
APTO RESPIRAR PROFUNDO E TOSSIR	:2						
DISPNEIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA	:1	RESPIRAÇÃO					
APNEIA	:0						
P. A. \pm 20 VALOR PRÉ ANESTÉSICO	:2						
P. A. \pm 25 A 50 PRÉ ANESTÉSICO	:1	CIRCULAÇÃO					
P. A. \pm 55 PRÉ ANESTÉSICO	:0						
DESPERTO TOTALMENTE	:2						
DESPERTO AO CHAMAR	:1	CONSCIÊNCIA					
NÃO RESPONDE	:0						
RÓSEO	:2						
PÁLIDO, MARMÓREO, ICTERICO, etc.	:1	COLORAÇÃO					
CIANÓTICO	:0						
TOTAL							



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

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

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.

FICHA DE REGISTRO DE RESULTADOS DE EXAMES

NOME/PACIENTE:

Hospital Dona Balbina

Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira

Agência Transfusional

HEMONÚCLEO REGIONAL DE ARARAQUARA

Doação N°: 3035140710005

Data de Coleta: 07/07/14

Data Validade: 10/07/15

Iniciais Doador: SO

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

Doação N°: 3035140710008

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

Doação N°: 3035140710015

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

Doação N°: 3035150413037

Data de Coleta: 13/04/15

Data Validade: 16/05/15

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: _____

União 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

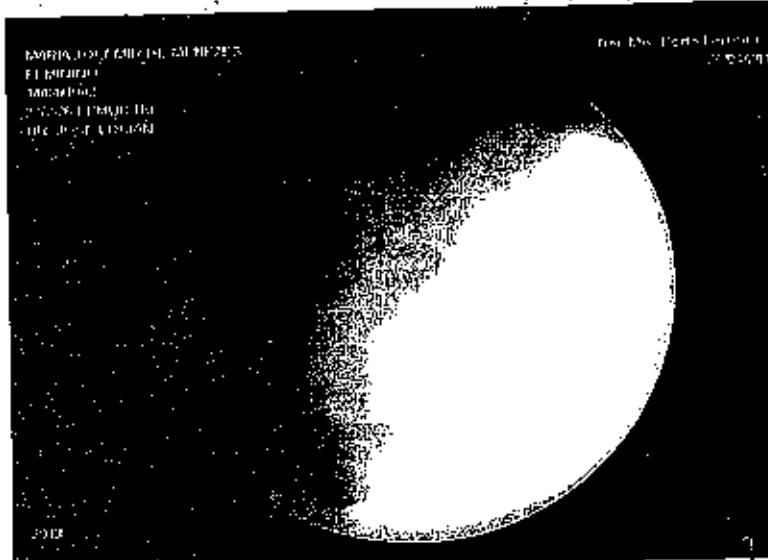
Grupo



RH

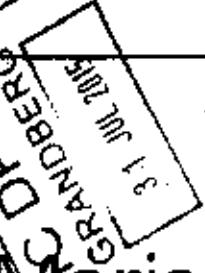
Positivo

MOD. 44



Controle de Sinais Vitais

NOME: maria joaninha de mesquita LEITO: REG.: 16698



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
PAO: PAULA GABRIELA ROSIN ANDRÉOLI		
Unidade de Regulação Atual: CROSS		

Dados Clínicos

Resumo Clínico/Exame Físico/Exames Subsidiários/Conduta Tomada

26/04/2015 20:34:57 - 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:

Pupila:

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
PAD - PAULA GABRIELA ROSIN ANDREOLI	SCM DE PORTO FERREIRA	Ensineu 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 20:35:26
REG - CARLOS EDUARDO SOARES DOS SANTOS - CRM:105196	SES-SP CENTRAL DE REGULAÇÃO D	Enamhou,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](#)

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"/> Ciprofloxacina |
| <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 ANTIÓTICO 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

Exa. exato no TS instavel hemodinamico
Ama descrevimento do nível de consciencia
Foi subido + medido pressao arterial

EXAME FISICO

WCG, descrevendo
Instavel hemodinamico PA- 6x3 FC 120
Pulmões desendido
Pernas frias.

EXAMES COMPLEMENTARES

Rx. Fatores de fibrinolise

Diagnóstico de Entrada:

Rx. Fatores de fibrinolise

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** Clinica: **Cirúrgica**
 Bloco: **00001** Ac.: **APARTAMENTO** Leito: **0024A**
 Observações:
 Diagnósticos:
 Recepção: **ANAPAU LA SILVA**

RELATÓRIO DA CIRURGIA

Cirurgião: **Fernando M. J. de Souza**
 1º Auxiliar: **Fernando M. J. de Souza**
 2º Auxiliar:
 Instrumentador:
 Anestesista:
 Dt. Cirurgia: **1/1**
 Início: **1/1** Termino: **1/1**
 Diag. pre-Operatório: **Abcesso peritoneal**
 Cirurgia tipo: **Exploradora**
 Diag. Pos-Operatório:
 Relatório Imediato do Patologista:
 Acidentes Durante a Cirurgia:

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Técnicas, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento

1) Ressecção de tecido
2) Exploradora
3) Ausência de sangue na cavidade
4) Abcesso - Houve fôto de nível, mas
5) revisão do Abdômen
6) Fechamento por pontos

Dados Do Paciente

Paciente: **MARIA JOCEMIR DE MENEZES**

Prontuário: **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

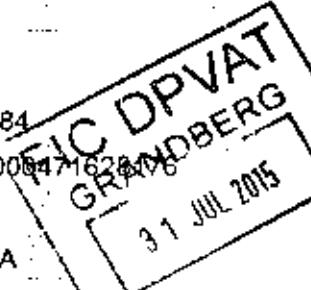
Compl.:

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 Rondos**

1º Auxiliar: **De Juciane**

2º Auxiliar: **—**

3º Auxiliar: **—**

Instrumentador: **Roberta**

Anestesia: **—**

Anestesista: **—**

Dt. Cirurgia: **— / —**

Inicio: **—** Termino: **—**

Diag. pre-Operatório: **Peritrofema**

Cirurgia tipo: **Desvasculariz. + fix. de fract. fem. Bifurcada**

Diag. Pos-Operatório: **—**

Relatório Imediato do Patologista: **—**

Acidentes Durante a Cirurgia: **—**

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Técnicas, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento

1º Cir apó, la parafoma

① Pcl e ad sob a ferida

② AACCE

③ Lov. an. + bequete do ferimento em COXA (D)

④ OSTEOSÍTEIS (f) fix. ext. lux. da COXA (D)

⑤ (f) (f) (f) (f) (f) (f) (f) DA COXA (F)

⑥ Lov. an.

⑦ Sutur

⑧ Curva

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

FICHA PARA REGISTRO DE RESUMO DE ALTA

Dados Do Paciente

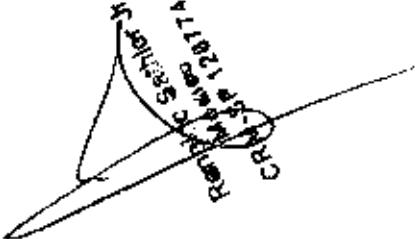
Paciente: MARIA JOCEMIR DE MENEZES	Prontuario: 80688	
Nasc.: 14/04/1982	Idade: 33 Anos	Sexo: Feminino
Identidade:	C.P.F.:	CNS 898000471628176

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/ SA. Ia GAST



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 Recém-Nascido: () Sim () Não

Motivo: _____

Exames entregues pelo Paciente no ato da internação Devolvido ao Paciente

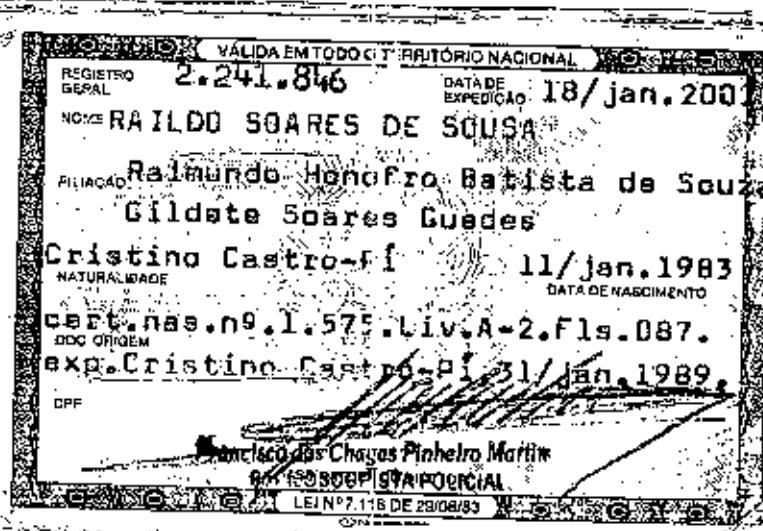
- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> CD - Cateterismo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia (laudo + grafia) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> E.C.G | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Endoscopia (laudo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

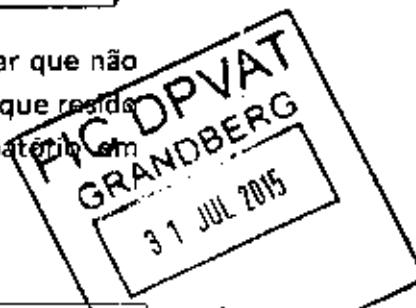


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Raíldo Soares de Souza

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

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</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: Raíldo Soa de Souza



Imc Estrutura: 19.301.656 - CNPJ: 14.116.245/0001-27
Av. Mbl. Humbergo de Almeida Cascão Bittencourt, 11-4 Norte
Intercat: www.agespse.com.br - Fone: (65) 3600-868888 - FA
Endereço: Rua Consulador

FATIGA-MENSAGEM

Nome/Razão Social/Endereço
ALBERINA ROCHA TRISPINO
RUA VALBOMIRO OLIVEIRA, - MORRO

CRISTINO CASTRO

Referências
DEZ/2011

DEE/2011

29/12/2011

A rectangular stamp with a double-line border. The text 'FIC DPVAT' is at the top, 'GRANDBERG' is in the middle, and '31 JUL 2015' is at the bottom.

TOTAL A PAGAR 25,2
AVISO DE DEBITO: Até 3 dias após a data de vencimento, esta conta não há registro de pagamento do valor do débito abaixo de sua responsabilidade. Número de contas: 5 Valor do débito: 200,51
Este aviso é suspenso 45 dias após este aviso.

Conforme Lei 8.907/95 e Decreto 8.354/91 Art. 107, o serviço pode ser suspenso 35 dias após este aviso.

www.myscan000.com 2020-03-16 07:51

Automação Mecânica

- 25 -

12

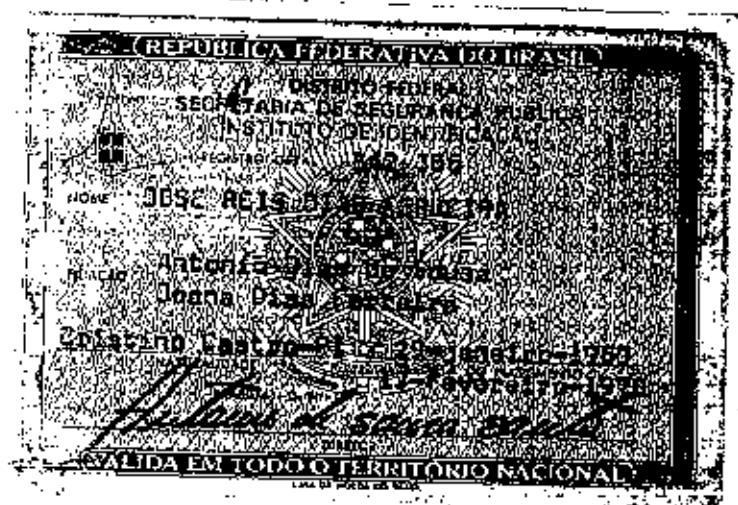
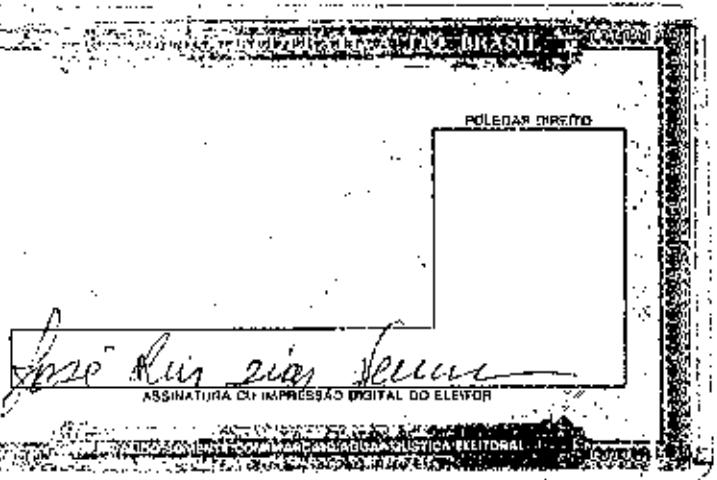
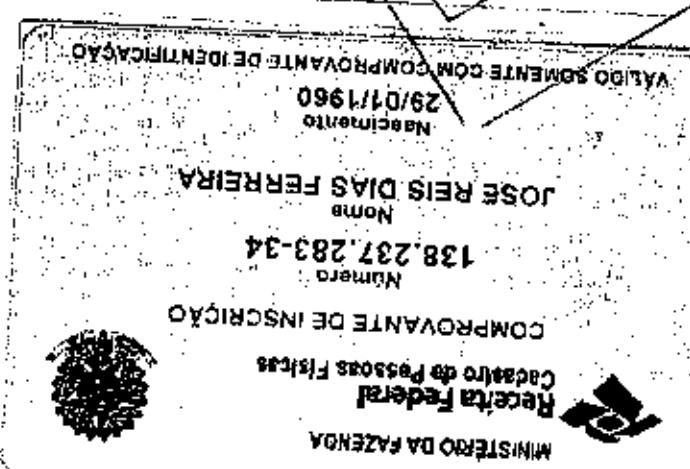
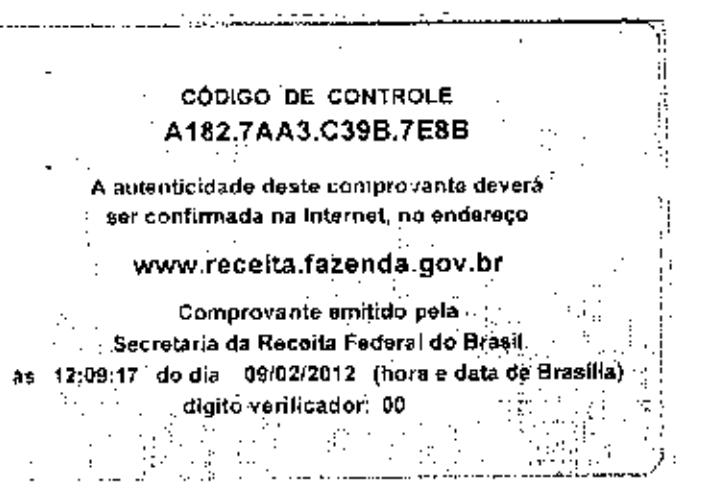
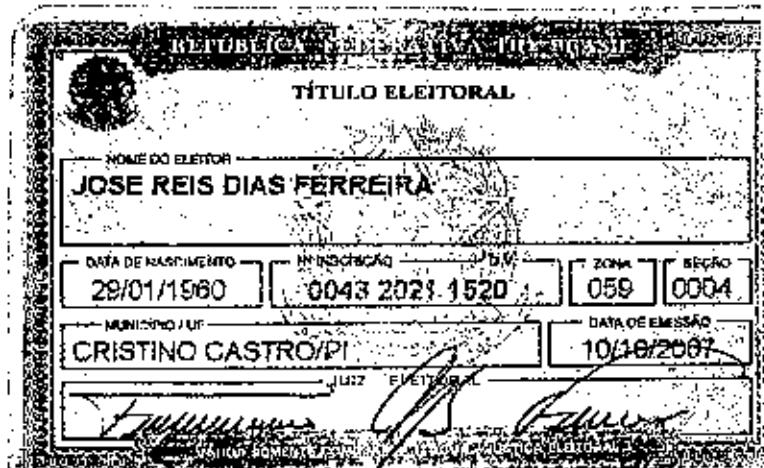


FIG 1
GRANDEBE
31 JUL 2015



João Reis Dias Ferreira
ASSINATURA COM IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

INSTITUTO DE DOCUMENTAÇÃO FISCAL



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIAUÍ CNPJ: 06.845.747/0001-27 ACEPISA AV. MAL. CASTELO BRANCO, 101 N - CEP: 64.000-610 FONE GERAL: 3216-6300	CONTA DE ÁGUA ATENDIMENTO 08000 86 8888
MÊS/ANO : 06/2015 VENCIMENTO : 29/06/2015 MATRÍCULA : 2610574	

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

CRISTINO CASTRO PI 64920-000

INSCRIÇÃO 001.002.0029.0327.00

ROTA 001.0327

CATEGORI RESIDENCIAL	ECONOMIAS 1	HIDRÔMETR A09B493273	VOL. FATURADO 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 Cálculo: 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.seguradoralider.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

00020775

Carta nº 13304610



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



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) DO RG Nº 3.830-580EXPEDIDO POR SSP - PAEM 22/11/12 ECPF 015.819.503-52 /CNPJ 0000000000000000

E RENDA MENSAL DE R\$ 2.000,00 (dois mil reais) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA M. - 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 aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LPA;
- 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 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5601-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8695-9

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

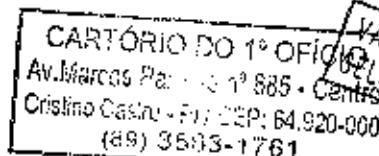
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidade permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo 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

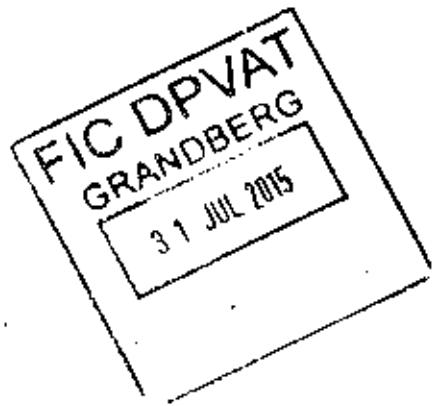
Cristino Castro - PI, 14/07/2015

Assinado à mao de Jocemir da Silva Marques



SISTEMA DE INFORMAÇÕES BÁNDICO DO BRASIL
15/07/2018 - Autoatendimento - 00126148
5601715013 0177

FAVORECIDO
CLIENTE
AGENDIA: 5601-4
VARIACAO
VALOR TOTAL: *
NR. ENVIOPP
V JOAQUIM DA SILVA MARQUES
CONTA: 8.695-9
51
10,00
2.468.345,003





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, JORGE JOSÉ SILVA MARQUESPORTADOR(A) DO RG N° 3830.580EXPEDIDO POR SSPPIEM 22/11/2012

CPF 01158019603-57 / 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 AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 8695 - 9

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

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

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

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

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

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

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, 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 P. M. da S. J. V. 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.

Barco Postal

Extrato de Conta Corrente

Agencia : 34300363-AC CRISTIANO CASTRO
Terminal : 9932/050 Id. lxx. : 157271
Nro Aut : 121722 Caixa : 99200550
Data : 09/01/2016 Hora : 12:17
(Horário de Brasil)

BANCO DO BRASIL S.A.

5107301721 0.05

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 5601-4 CONTA: 8.699-04
CLIE: JOAQUIM DA SILVA MARCOS

HISTÓRICO	DOCUM.	VALOR
02/01/2016		
Saldo Anterior		1.406,150
01/01/2016		

Banco Postal

Extrato de Conta Corrente 144

Agencia : 34340068-AC/CRISTINO,CRISTINO
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.
09/01/2018 0075

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SÍMPLES CONFERÊNCIA

AGÊNCIA: 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
KKLROSCBDIEEF0'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. - SÃO 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

2º Via

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

KKLROSCBDIEEFO`Z

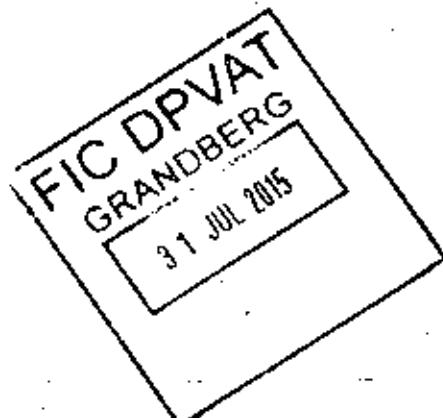
SUA IRMÃ MARIA JOCIMIR DE MENEZES (VÍTIMA), SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NA
DATA DE ONTEM E FOI INTERNADA NA SANTA CASA LOCAL. QUE EM DATA DE HOJE A VÍTIMA
VEIO A OBITO. EXPEDIDA REQUISIÇÃO IML. NADA MAIS.

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 de Janeiro
PT-130015
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO

CT



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

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

Folha :1

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

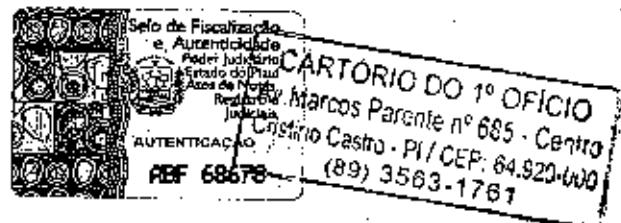
Flagrante: Não

Vítima:

- MARIA JOCEMIR DE MENEZES - Não presente ao plantão - RG: 1205222-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

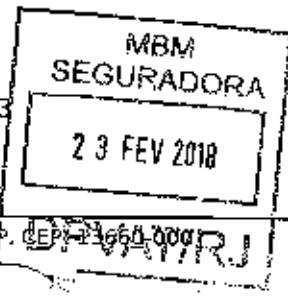
Certifico e dou fé que a presente fotocópia
confere com o original a mim apresentado.

Custas R\$ 3,00
Cristina Castro - PI, 09/01/2018

Cristina 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 Páginas
Escrivente

DEL.POL.PORTO FERREIRA

Endereço da delegacia : RUA JOAQUIM MIGUEL PEREIRA, 425 - JD. PROGRESSO-PORTO FERREIRA-SP. CEP: 63660-000
Telefone: (19)3581-1207

MEM

SEGURADORA

29 FEV 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

DELEGACIA - PORTO FERREIRA
SANTA CATARINA

DEL.POL.PORTO FERREIRA

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL - ESTADO DO CEARÁ

Comarca, Município e Distrito de Ipuarana

Escrevente Substituto

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certificado, no 08 do Livro N° A-16 de Registro de Nascimento

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

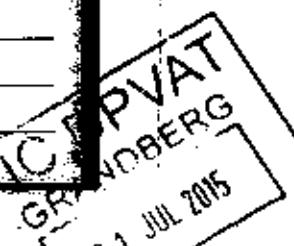
MARQUES, do sexo masculino

nascido no dia 19 de janeiro de 2007 às 14 horas

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 Iracema Alves Gonçalves

Observações

SENHA DE REGISTRO: 53457 - N.º 30360
CONTA: 13411-5

O referido é verdade e dou fé

Ipuarana 26 de fevereiro de 2007

Ana Lúcia de Lima

Escrevente Substituto

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

Ana Lúcia de Lima

Escrevente Substituto no

Exercício de Titrulade

IPUARANA-CE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Escrevente Substituto



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

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

N.º 12648, foi feito hoje o nascimento 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

O referido é verdade e dou fé

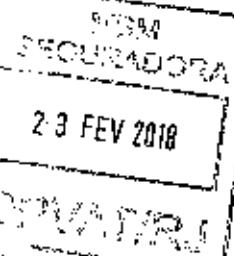
CAR. 119354

Ipuamirim 26 de fevereiro de 2007

Ana Lúcia de Lima
Escrevente Substituto

CARTÓRIO 1º OFICIO

Ana Lúcia de Lima
Escrevente Substituto n.
Exercício de Oficialidad
IPUAMIRIM-CE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL - ESTADO DO CEARÁ
Comarca, Município e Distrito de Ipaumirim
Maurício Crispim Bezerra
Escrivâncio Substituto

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, as fls. 71 do Livro N° A-11 de Registro de Nascimento
sob N° 11304, foi feito hoje o assento da ANDRESSA RIELLY DE
MENEZES, do sexo feminino - cor parda
nascida no dia 14 de março de 2001 às 12:40 horas
em IPAUMIRIM - Ceará
e de dona MARIA JOCEMIR DE MENEZES

23 FEVEREIRO 2001

São avôs paternos - - - - -

e avos - - - - -

São avôs maternos José Sabino de Menezes

e dona Francisca Chagas de Menezes

O registro foi efetuado no dia 24 de março de 2001

Foi declarante a Genitora

Testemunhas Margarida Maria de Paiva Bezerra e

Telma Liberalino de Souza.

Observações

SEM EMOLUMENTOS

Lei 9.534/97-Art. 1º

SELO N° 07-10318

O referido é verdade e dou fé

Ipaumirim/CE, 24 de março

de 2001

Maurício Crispim Bezerra

O OFICIAL

CARTÓRIO FARIA - 1º OFÍCIO

Maurício Crispim Bezerra

Escrivâncio Substituto no exercício
da Magistratura, por força de Portaria
n° 21.98, de 21/02/98

CEP 63340-000 - Ipaumirim-CE

AUTENTICAÇÃO

Certifico o falecimento da senhora MARIA JOCEMIR DE MENEZES, que confere com o original da falação o conteúdo do certidão de óbito.
Custas R\$ 2,30
Cristino Castro - PI, 14/07/15.

Dayane Alves de Souza

Expedição

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

AUTENTICAÇÃO
NºANG 089415
Série 160

CIDADE
COM
PRO

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



FIC DPVAT
GRANDBERG
31 JUL 2015

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

DATA:
27 04 2015

LOCAL DE FALECIMENTO:
Santa Casa de Misericórdia

CAUSA DA Morte:
traumatismo crânio encefálico, hematoma retro peritoneal, fratura bilateral femur

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (município e cemitério, 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 43263

OBSEVAÇÃO/AVERTIMENTO:
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

3 FLS
MNE

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

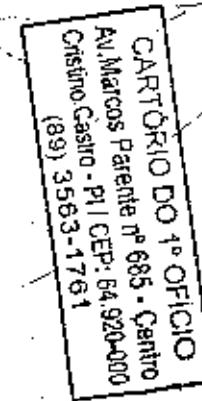
1º Subdistrito do município e comarca de São Carlos
Rua 13 de maio, 1948 - Centro - CEP 13560-047 - Fone (16) 3371-5583
Sarah J. Toledo Tomazan - Oficial

Valédriz Dalla Antonia
Oficial Substituto

1ª VIA - ISENTE DE EMOLUMENTOS

11918-0 - AA 0000013694





DETALHAMENTO DA MATRÍCULA

Matrícula 0010030155 1987 1 0003.050 0004533 31
 Padrão aaaaaaaa-bccccc dddd e ffff ggg hhhhhh li
 DETALHAMENTO
 aaaaaa (00198-3) Código Nacional da Bernadina
 (identificação única da cultura)
 bb (0+) Código do Açoito, episódio:
 01 - Açoito Padrão
 Outros - Açoitos Incorporados

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

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



Certidão de Óbito



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	COR branca	ESTADO CIVIL E IDADE solteira, trinta e três anos
------------------	---------------	--

NATURALIDADE 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 (selecione) e CEMITÉRIO, 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 Mikhail 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 Torezan - Oficial

VALDECIR DALLA ANTONIA
Oficial Substituto

1º VIA - ISENTE DE EMOLUMENTOS

23 FEVEREIRO 2018

DPVAT/RJ


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

Rx

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 50/160

PULSO

FREQ. RESP.

Tº

SATO2

DEXTRO

FC

() Rítmico

() Arrítmico

ECG: Realizado

() Sim

() Não

COREN:

ENFERMEIRO:

HCLPM-001

 Lisley A. de Oliveira
 COREN: 33.979.21
 Cnecc: 33.979.21
 Informações



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, João Vitorino da Silva Mancuso

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>Av. João Vitorino da Silva</u>
Número	<u>500</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Cravinhos</u>
Estado	<u>SP</u>
CEP	<u>04.930.000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Cravinhos - SP, 12/07/2015

Assinatura do Declarante: João Vitorino da Silva Mancuso

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	LEIT. ANTERIOR	LEIT. ATUAL	MÉDIA	
MÊS/ANO CONSUMO						

DESCRIÇÃO

TARIFA DE ÁGUA

VALORES (R\$)

29,40

DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS	Base de Cálculo:		PIS/PASEP:	TOTAL A PAGAR (R\$)
	IS:	1.711	COPINS:	0,28
	CSU:	0,29	PIS/PASEP:	0,19
				29,40

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

Padrônmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 512/Ms
Flor	0,80	1,5
Ferro	0,30	0,3
Colif. Totais	Aumenta	0
Colif. Fecais	Aumenta	0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

FIC DPVAT
GRANDBERG
31 JUL 2015

MATRIZ		Hidráulico	Fatura Mensal		
2734400-6		11110812000		06/2017	
Notas/Folhas Sociais/Enunciado				NOV/2017	
TURMA DA SILEVA (ANTONI)					
RUA DOAC VITORINO DA SILVA, 570					
59077 RAIO					
CRISTINO CASTRO 649260000				AGUA 130	
Situacão		Categorias de Uso		Inscrição	
Novo		Resid.	Ind.	3110000000 1458 000	
3/1		2	1		
Periodo					
09/10/2017		41/11/2017		32	
Histórico de Consumo				Fatura de Retorno/Reverso	
Mo/Ano	Volumes	Consumo	Regr.	TURMADO IV - COTUGNO NORTE	
05/17	403	20		CONSUMO INICIAL	
06/17	450	21		Lotação de Fatura	
07/17	450	20		028415013	01
08/17	470	26		Consumo Sádico	Consumo Final
09/17	496	26			
10/17	524	28			
11/17	543	19			
DESCRIBE DA NATURA				Consumo	Consumo Reverso
Cód.	Nome do Serviço			19	19
ÁGUA					
MATERIAL					

www.elsevier.com/locate/jtbi

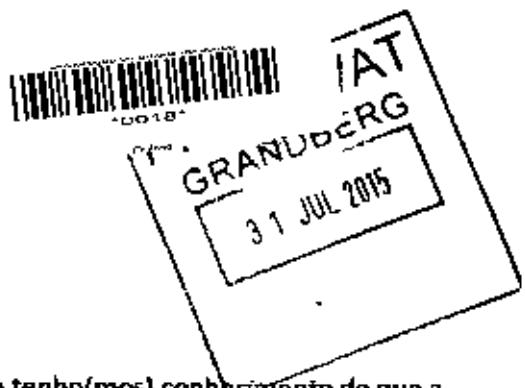
30/11/2017

74, 44

CONFIRMO QUE EL VEHICULO IDENTIFICADO CON MARCA DE PLACA Z JURIS DURA, DIAZ ALICIA, VINCULADO A EL SERVICIO DE LA SUSPENSION DE

232

100



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 MEDEIROS, 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 MEDEIROS MARQUES		FILHA	59.322.810-8	490.351.188-60
2. JONATHAS MEDEIROS MARQUES		FILHO	59.322.718-9	490.251.798-15
3. ANDRESSA Fátima de MEDEIROS		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.

Crystine Sastre - PI, 13.07.15

LOCALE DATA

1º OFÍCIO

Isa guia m. de Sá v. a. 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	RG	CPF	ASSINATURA
ou ASSISTENTE			
1. José Ribeiro Ferreira	543.356.01	138.037.283-34	<u>José Ribeiro Ferreira</u>
2. Fausto Soares de Souza	241.846-PI	004.673.632-73	<u>Fausto Soares de Souza</u>

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NAME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

Reconheço a(s) firma(s) acima assinadas
ou: Isa guia m. de Sá v. a. Marques
Crystine Sastre - PI

Em Testemunho 1881 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. <u>MARIA ISABELA MENEZES MARQUES</u>	<u>FILHA</u>	<u>59.322.810-8</u>	<u>490.251.188-60</u>
2. <u>JONATHAS MENEZES MARQUES</u>	<u>FILHO</u>	<u>59.322.718-9</u>	<u>490.251.798-19</u>
3. <u>ANDRESSA RIELLY DE MENEZES</u>	<u>FILHA</u>	<u>20.17.127879-2</u>	<u>489.989.058-33</u>
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 TRABUIM 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
23 FEVEREIRO

23 FEVEREIRO

23 FEVEREIRO

DPVAT/RJ

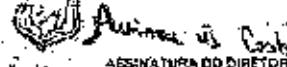
(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

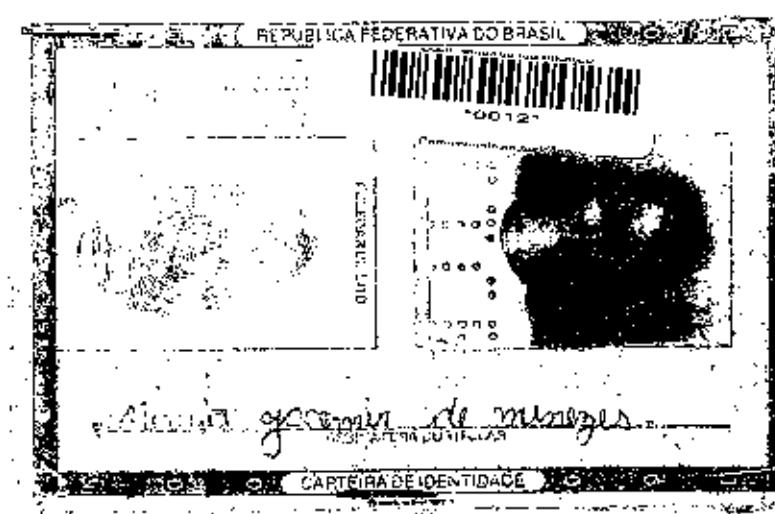
- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente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

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
0479999999970 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/12/1999
MARTA JOCEMIR DE MENEZES.

JOSE SABINO DE MENEZES E FRANCISCO
SILVA CHAGAS DE MENEZES

NACIONALIDADE: DATA DE NASCIMENTO:
BAIJAZEIKAS-FB 14/4/1982
DOC. DESENTRAL. NASC. 4877 L A 5 F
290-IPAUIMIRIM-CE.


ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 116 DE 2003/03



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

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em: 37/08/99



MINISTÉRIO DA FAZENDA
SISTEMA DE REGISTRO FISCAL

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: MARIA JOCEMIR DE MENEZES

Nº de inscrição: 892115023-49

Data de Nascimento: 14/04/82



