

Consulta processos - Pro... x PJ 0800004-84.2020.8.18.00 x Email - Reinaldo Filho - x Zimbra: Entrada (12) x Tribunal de Justiça do P... x Portal do Advogado x +

tjpi.pje.jus.br/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=417430&ca=af260b7893fc2692b14587ad7e3db9e3f...

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 (GARTIA DE PREPOSTOS)
  - 8225843 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

10:59

15 Jan 2020

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

09:33

downloadBinario.seam 1 / 10

JOÃO BARBOSA  
ADVOCADO ASSOCIADO

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

Processo n.º 08000048420208180047

PT 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<sup>[1]</sup>, 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 filhas da falecida, não comprovam serem únicas herdeiras e beneficiárias da vítima, comprovando, inclusive, nos autos que a vítima deixara outro filho, também menor.

Cumprе 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<sup>[1]</sup>.

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:

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

OBSERVAÇÕES/VERIFICAÇÕES:  
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

TRC

<sup>[1]</sup> “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. Violação 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 inerência 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 AUTURAL 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, *ipsis 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 – conter 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 paire 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 fora 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
------------------	---------------	--

**[REDACTED]**

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 CADAVERÍCO.

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 VIGENCIA 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 honorários 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, Nº 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 Nº 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; JOSELAINE 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 n.º 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 n.º 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

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



0012  
Imagem 01



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

REC DPVAT  
GRANDBERG  
31 JUL 2015

São avós paternos Joaquim Marques de Sousa  
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 10 de março de 2003  
Foi declarado o Sanitar  
Testemunhas Margarida Maria da Silva Bezerra e  
Talma Liberalino da Souza

Observações

SEM EMOLUMENTOS

Lei 9.534/97 - Arts. 1º

SELO Nº 84.394.862

Onde se encontra o livro

Ipaumirim/CE, 10 de março de 2003

*Maurício Crispim Bezerra*  
O OFICIAL

CARTÓRIO FARIAS - 1º OFÍCIO

*Maurício Crispim Bezerra*

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



0012

Documento de Identificação



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

Escrevente Substituto

**CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

Certifico, 08 que, as fls. 08 do Livro Nº A-16 de Registro de Nascimento  
sob Nº 12648 foi feito hoje: o assento de JONATHAS MENEZES  
MARQUES- do sexo masculino  
nascido no dia 19 de janeiro de 2007 às 14 horas  
no Hospital Gen. Inez Andreazza-Aurora-Ce  
em e de Joaquim da Silva Marques  
e de dona Maria Jocemir de Menezes

REC. PRIVAT  
GRANDBERG  
31 JUL 2015

São avós paternos Joaquim Marques de Souza  
e dona Maria da Silva Santes  
São avós maternos José Sabina 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 Ir  
neide Alves Gonçalves

Observações  
**EMOLUMENTOS:** 534/07 - Art. 1º 3º 8º ONº 1341935 mento com autenticidade.

O referido é verdade e dou fé  
Ipaumirim 26 de fevereiro de 2007

*Ana Lúcia de Lima*

Ana Lúcia de Lima  
Escrevente Substituto

**CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO**  
**Ana Lúcia de Lima**  
Escrevente Substituto no  
Distrito de Ipaumirim  
PALMIRAS



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 3.830.580 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/11/12

NOME JOAQUIM DA SILVA MARQUES

FILIAÇÃO MARIA DA SILVA SANTOS  
JOAQUIM MARQUES DE SOUSA

NATURALIDADE TERESINA - PI DATA DE NASCIMENTO 03/09/1980

CRISTINO CASTRO-PI 03/09/1980

CERT. NASC. 3689 L. A. F. 136

EXP. CRISTINO CASTRO-PI 07/03/12

015.819.503-57

LEI Nº 7.116 DE 20/08/88 - DECRETO Nº 62.250/83

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

0006787

JOAQUIM DA SILVA MARQUES

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](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

de 18/12/2011 às 13:09:20 (hora e data de Brasília)

Código verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



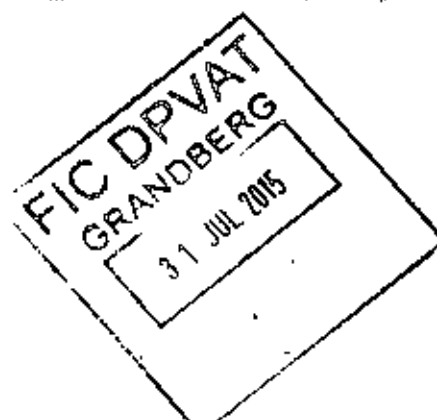
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
015.819.503-57

Nome  
JOAQUIM DA SILVA MARQUES

Nascimento  
03/09/1980

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA DE PORTUGAL DO BRASIL

DATA DE EMISSÃO: 5/7/1999

MARIA JOCEMIR DE MENEZES

JOSE SÁBIO DE MENEZES E FRANCISCA THOMAS DE MENEZES

LOCALIDADE: CAIAZEIRAS-PB

DATA DE NASCIMENTO: 14/4/1982

CERT. NASC. 4877 L.A. 6 E

IPACUMINTH-DE

ASSINATURA DO DIRETOR

17/08/99

REPÚBLICA DE PORTUGAL DO BRASIL

DATA DE EMISSÃO: 5/7/1999

MARIA JOCEMIR DE MENEZES

JOSE SÁBIO DE MENEZES E FRANCISCA THOMAS DE MENEZES

LOCALIDADE: CAIAZEIRAS-PB

DATA DE NASCIMENTO: 14/4/1982

CERT. NASC. 4877 L.A. 6 E

IPACUMINTH-DE

ASSINATURA DO DIRETOR

17/08/99

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF. Validade o documento por inteiro, salvo nos casos previstos na Legislação Vigente.

Assinatura: MARIA JOCEMIR DE MENEZES

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 17/08/99

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: MARIA JOCEMIR DE MENEZES

Nº de Inscrição: 892115023-49

Data de Nascimento: 14/04/82

9405 4497

MBM  
SEGURADORA

23 FEV 2010

DPVAT/RJ

9405 4497 - 9405 4497



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 1080-1

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RÔMULO CLAYTON DE MELLO

44503171

Maria, J. - ven. - Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

NÃO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 59.322.910-8 1 via DATA DE EMISSÃO 28/11/2014

NOME MARIA ISADORA MENEZES MARQUES

PAI JOAQUIM DA SILVA MARQUES  
MÃE MARIA JOCEMIR DE MENEZES

NATURALIDADE IPAUMIRIM - CE DATA DE NASCIMENTO 13/02/2003

REGISTRO EM IPAUMIRIM-CE IPAUMIRIM CN:LV.314 /FL.39 /Nº11872

CPF 490251188/60

Roberto Avina  
Diretor de Registro e Identificação  
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93



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



Documento de identificação



0012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

1080-1

ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETEN DAUT

52303208

*Jonathas Menezes Marques*  
ASSINATURA DO TITULAR

CA RTEIRA DE IDENTIDADE

MO PLASTICAR

POLEGAR DIREITO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

59.322.718-9 1 via DATA DE EXPEDIÇÃO 28/11/2014

RG  
JONATHAS MENEZES MARQUES

ALIAS  
JOAQUIM DA SILVA MARQUES  
MARIA JOCEMIR DE MENEZES

NATURALIDADE  
AURORA - CE

DATA DE NASCIMENTO  
19/01/2007

DOC. ORIGINAL  
IPAUMIRIM-CE IPAUMIRIM ON: LV.A16 / FLSº8 / Nº12648

CNPJ  
490251798/19

Roberto Avino  
Diretor de Identificação e Registro Civil  
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

IDENTIFICADOS - NÃO AUTORIZA O USO EM OUTROS DOCUMENTOS



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 15:57:55 do dia 09/01/2018 (hora e data de Brasília)  
dígito 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"

*João da Silva Marques*  
0008797

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 CRISTINO CASTRO-PI DATA DE NASCIMENTO 03/09/1980

DOC. ORDEM CERT. NASC. 3689 L A5 F 136

CPF EXP CRISTINO CASTRO-PI 07/03/12

TERESINA - PI 015.819.503-57 ASSINATURA DO SECRETÁRIO

LEI Nº 7.116 DE 28

Documentos de Identificação

CÓDIGO DE CONTROLE  
8B65.8E1A.D74B.9FB1

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

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:18:37 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

23 FEB 2018

**CÓDIGO DE CONTROLE**

**2E80.C6F7.412EA1D1**



"0012"



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



**Ministério da Fazenda  
Receita Federal**



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número  
489.889.088-33**

**Nome  
ANDRESSA RIELLY DE MENEZES**

**Nascimento  
14/03/2001**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

**Proteção Física**

**Polegar Direito**

*Andressa Rielly de Nêz*

COORDENADORA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
CEARÁ 2017127879 - 2 DATA DE EMISSÃO 05/07/2017

NOME  
**ANDRESSA RIELLY DE NÊZES**

RENASCIMENTO  
**MARIA JOCEITE DE NÊZES**

DATA DE NASCIMENTO  
**14/03/2001**

LOCAL DE NASCIMENTO  
**IPAUMIRIM - CE**

DATA DE EMISSÃO  
**CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 11304 FOLHA: 71**

**LIVRO: A-11 IPAUMIRIM - CE**

**CPF 489.989.058-33**

**LEI Nº 7.118 DE 20/08/83**

DPVAT/03

23 FEV 2018

MBIA  
SEGURADORA

05/07/2017 - 14:00:00 - 14:00:00

# AVISO DE SINISTRO DPVAT



\*0020\*

28-69354.

Seguradora Líder - DPVAT

DATA DO ACIDENTE: 27/04/2015

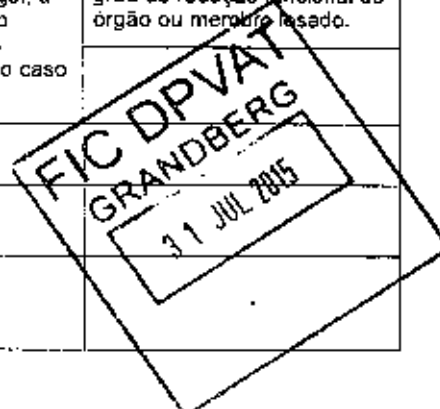
## COBERTURA RECLAMADA:

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

Nome da vítima	MARIA JOCEMIR DE MENEZES	Data de nascimento	14/04/1982	CPF	892.415.023-49
Nome do reclamante	JOAQUIM DA SILVA MANGUES	RG	3.830.580	CPF/CNPJ	015.819.503-52
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	Rua: JOÃO VITORINO DA SILVA	Número	514	Cidade	CASTILHO CATRO
Nome do beneficiário principal	JOAQUIM DA SILVA MANGUES			Estado	PI
Endereço	JOAQUIM DA SILVA MANGUES	Número	517	Cidade	CASTILHO CATRO
				Estado	PI
				CEP	64.920.000

## Documentos Necessários

Obrigatórios a qualquer situação	Em caso de morte	Despesas Médicas	Invalidez Permanente
Boletim de Ocorrência Policial (original) ou cópia autenticada pelo próprio Órgão Expedidor.	Certidão de Óbito (cópia autenticada).  Laudo de Necropsia, caso o óbito não tenha ocorrido na mesma data do acidente (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;	Comprovações das Despesas médicas e hospitalares e de farmácia, com os respectivos receiptários (originais).	Certidão da Delegacia de Polícia declarando que não há IML na cidade, quando for o caso e;
Procuração extraída em Cartório (original) específica para recebimento do Seguro DPVAT, quando o reclamante for analfabeto ou estiver sendo representado por terceiros. Xerox autenticada do CPF e RG e comprovante de residência do procurador	Declaração de Únicos Herdeiros assinada por todos os beneficiários e com duas testemunhas, para as demais situações. Juntar CPF e RG das testemunhas.	Termo de Cessão de Direitos passado pela vítima ou seu responsável legal, a favor do Hospital ou do Terceiro que pagou as despesas, quando for o caso (formulário fornecido).	Relatório do Médico Assistente consignando o grau de redução funcional do órgão ou membro lesado.
CPF e RG da Vítima ou Certidão de Nascimento quando se tratar de menor e não possuir carteira de identidade (cópias simples).			
Comprovante de Residência (conta de luz, gás, telefone) em nome do beneficiário.			
CPF e RG do Recebedor/Procurador (cópias simples) e comprovante de residência.			
Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização assinada pelo favorecido/beneficiário (formulário fornecido).			



## 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.

Local e Data: 14.07.2015

Assinatura

8928116-6588

Root. w.f. m.c. & 2000 to acid.

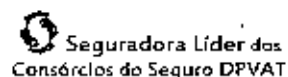
NO ANTENNAE.

SEALAN HED. TECHNICAL. IMPROV. OF ACID & G.M. TEST.

CHIT NOSC. FL. NUBESSA



PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO



SINISTRO

Número do Protocolo: ASP-184873/2015

Natureza: Morte

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: MARIA JOCEMIR DE MENEZES  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A  
CPF da Vítima: 892.115.023-49

Dependência: 551  
CPF de: Próprio

Data de Nascimento: 14/04/1982  
Data do Sinistro: 26/04/2015  
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



Name: Michael Lee Martin

Idade: 33 Data: 26/04/15 HD: *[assinatura]*

[illegible]

História da Moléstia atual:

## EXAME FÍSICO

	<b>Nível de Consciência</b>	<b>Pupilas</b>	<b>Respiração</b>	<b>Pulso</b>	<b>Abdome</b>	<b>Eliminação Urinária</b>
	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Isocórica	<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Pres. <input type="checkbox"/> Aus.	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Espontânea
	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Rítmico	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Disúria
	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Anisocórica	<input type="checkbox"/> Cateter O2	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Doloroso	<input type="checkbox"/> Hematúria
	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Fotorreagentes	<input type="checkbox"/> Máscara O2	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> SVD
	<input type="checkbox"/> Glasgow	<input type="checkbox"/> Não-reagentes	<input type="checkbox"/> TOT	<input type="checkbox"/> Fino	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Anúria

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



Hospital  
Dona Balbina 90 Anos

Nome: YILMAZ İsmail Mustafa Idade: 39 Data: 23/10/15 HD: Arterio

[illegible]


Nível de Consciência	Pupilas	Respiração	Pulso	Abdome	Eliminação Urinária
( ) Consciente	( ) Isocórica	( ) Eupneico	( ) Pres. ( ) Aus.	( ) Plano	( ) Espontânea
( ) Inconsciente	( ) Midríase	( ) Dispneico	( ) Rítmico	( ) Globoso	( ) Disúria
( ) Orientado	( ) Anisocórica	( ) Caleter O <sub>2</sub>	( ) Arritmico	( ) Doloroso	( ) Hematúria
( ) Desorientado	( ) Fotorreagentes	( ) Máscara O <sub>2</sub>	( ) Cheio	( ) Distendido	( ) SVD
( ) Glasgow	( ) Não-reagentes	( ) TOT	( ) Fino	( ) Flácido	( ) Anúria

Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem	Horário
( ) 1 - Confusão aguda;	( ) Observar e anotar nível de consciência;	
( ) 2 - Dor;	( ) Observar, anotar e comunicar queixas algicas;	
( ) 3 - Padrão respiratório ineficaz;	( ) Verificar SSVV;	
( ) 4 - Troca de gases prejudicada;	( ) Aspirar e anotar aspecto da secreção de ___ / ___ h ou S/N;	
( ) 5 - Desobstrução ineficaz das vias aéreas;	( ) Avaliar perfusão periférica e comunicar se há alteração;	
( ) 6 - Débito cardíaco diminuído;	( ) Observar e anotar aspecto local do acesso venoso;	
( ) 7 - Perfusão 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:



## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS PORTOLAB

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

Dr. Celso Ricardo Sacco  
CRM: 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

#### ERITROGRAMA

Hemácias	2.43	milh/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	7.6	g/dl
Hematócrito	21.2	%
H.C.M.	31.3	ug
V.C.M.	87.2	u3
C.H.C.M.	35.8	g/dl
R.D.W.	188.000	%

Morfologia: Anisocitose  
Hipocromia discreta

#### LEUCOGRAMA

	Total
Leucócitos	16600 /mm <sup>3</sup>
Blastos	0
Prómielócitos	0
Mielócitos	0
Metamielócitos	0
Bastões	2 332
Segmentados	76 12616
Eosinófilos	1 166
Basófilos	0
Linfócitos Típicos	19 3154
Linfócitos Atípicos	0
Monócitos	2 332
Plaquetas	188.000 /mm <sup>3</sup>

Morfologia: Neutrófilos granulações tóxicas discretas

#### METODOLOGIA

Contagem Eletrônica por  
KX-21N - Sysmex-Roche

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

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.

Dr. Celso Ricardo Sacco	
CRM: 1-6849	
Homens	Mulheres
4.2 - 6.3	3.8 - 5.5
13.0 - 18.0	12.0 - 16.0
38.0 - 52.0	36.0 - 47.0
27.0 - 33.0	33.0 - 40.0
80.0 - 103.0	103.0 - 130.0
32.0 - 36.0	36.0 - 40.0
11.5 - 15.0	15.0 - 18.0

Percentual	Total/mm <sup>3</sup>
0.0 - 0.0	0 - 0
0.0 - 0.0	0 - 0
0.0 - 0.0	0 - 0
0.0 - 1.0	0 - 100
0.0 - 10.0	0 - 1100
35.0 - 72.0	1400 - 7920
1.0 - 6.0	40 - 700
0.0 - 1.0	0 - 100
20.0 - 35.0	1000 - 3500
0.0 - 1.0	0 - 110
2.0 - 10.0	100 - 800
140.000 - 440.000	

PASSELEMAH

26/04/2015

15:27:15



## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS PORTOLAB

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

Dr. Celso Ricardo Sacco  
CRBM: 1-6849

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

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

### TEMPO DE PROTROMBINA (TAP)

Data da Coleta: 26/04/2015

Resultado: 18.2 segundos  
58.5 % de Atividade  
1.55 INR

Valores de Referência: 70 a 110% de Atividade  
Valores de Referência: p/ pacientes em uso de antivitamina K: 25 a 35%

MATERIAL: Plasma Citratado  
MÉTODO: Quick

### TROMB. PARC. ATIVADA (TTPA)

Data da Coleta: 26/04/2015

Resultado: 39 segundos

valores de Referência:  
30 a 40 segundos

Método: Nefelometria

PASSEI EMAIL  
26/04/15  
15:27 HS

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

O valor preditivo 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.\*

# Hospital Dona Balbina

Irmãdade de Misericórdia de Porto Ferreira

## Agência Transfusional

HEMONÚCLEO REGIONAL DE ARARAQUARA

Doação N.º: 3035150409020

Data de Coleta: 09/04/15

Data Validade: 21/05/15

Iniciais Doador: LFPT

Quantidade da Bolsa: 388 ml

Tipo de Hemocomponente CH

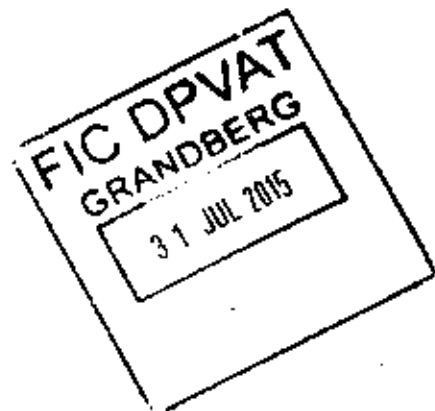
Grupo

RH

O

Negativo

MOO. 44



Porto Ferreira, \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Tipo Sanguíneo \_\_\_\_\_ R H \_\_\_\_\_

### PROVA CRUZADA MAIOR

Prova cruzada "COMPATÍVEL" com o doador

N.º 9020 Tipo sanguíneo O RH negativo

Denise R.B. Bibiano  
Biomédica  
CREM 8063

Resp. Banco de Sangue



# **Hdb Hospital Dona Balbina**

## **Pedido de Exame**

Nome: Maria Joaquina de Menezes

Quarto N.º \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

Tipo Internação: \_\_\_\_\_

Material \_\_\_\_\_

Exame: Raio X de tórax DA

Laboratório: de pele AP

Data: 10/10/80 Hora: 10h AP + P

coxa E AP + VD  
clavícula AP

Dra. Ludmila Almeida Silveira  
CRM 150.261  
Médico

Mod. 075

# **Hdb Hospital Dona Balbina**

## **Pedido de Exame**

Nome: Maria Joaquina de Menezes

Quarto N.º \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

Tipo Internação: \_\_\_\_\_

Material \_\_\_\_\_

Exame: Ultrassom - TTPA

Laboratório: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Dra. Ludmila Almeida Silveira  
CRM 150.261  
Médico

Mod. 075



**IRMANDADE DE MISERICORDIA DE PORTO FERREIRA**  
Rua Dr. Carlindo Valeriani, 337 - Centro - Porto Ferreira - S.P. - 13.660-000  
Fone: (19) 3589 - 5500 - Fax: (19) 3589 - 5500 - CNPJ: 55.189.930/0001-27

## INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Dados Do Paciente

Paciente: **MARIA JOCEMIR DE MENEZES** Prontuario: **80688**  
Nasc.: **14/04/1982** Idade: **33 Anos** Cor: **Branca**  
Conjuge: **NAELINTON COUTINHO DUARTE**  
Sexo: **Feminino** Religião: **OUTROS** Estado Civil: **Amasada**  
Natural de: **CAJAZEIRAS** Fone: **1935891284**  
Identidade: C.P.F.: **CNS 898000471628176**  
Profissão: **NENHUM CBO** Local Trabalho: **965** Compl.:  
End.: **JOSE GOMES** Cidade: **PORTO FERREIRA**  
Bairro: **PORTO BELLO** Cep.: **13660000**  
Estado: **SP**  
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: Guia: Validade: **30/12/1899**  
Clinica: **Cirúrgica** Recepcionista: **DAIANEKAERLI**  
Observação:  
Nome do Responsável: **NAELINTON COUTINHO DUARTE**

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a execução de todos os procedimentos médicos ou cirurgicos pelo seu corpo clinico, responsabilizando-me pela retirada imediata do paciente, quando solicitado pela direção clinica 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, oculos e etc...)  
Ao interna-lo devo retirar do pacientes esses objetos e guarda-los sob meus cuidados.

### DECLARAÇÃO

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

Assinatura do Paciente ou Responsavel

IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA  
Hospital Dona Balbina



Nome do Paciente: Artur Cesar de Moraes

Registro Nº: 16698

Médico Dr. Fernando Luis

**Quarto / Leito:**

Convênio:            \$ U S

Data	Hora	PRESCRIÇÃO MÉDICA	Horário
20/01/15		<p>1. Aspirina</p> <p>2. Clopidogrel 75mg (EV) 1x/dia</p> <p>3. Xarelto 120mg (EV) 1x/dia</p> <p>4. Furosemida 40mg (EV) 1x/dia</p> <p>5. Paracetamol 500mg (EV) 3x/dia</p> <p>6. Lisinapril 10mg (EV) 1x/dia</p> <p>7. EL 500mg (EV) 1x/dia</p> <p>8. CCG</p>	<p>7h</p> <p>11h</p> <p>12h</p> <p>19h</p> <p>22h</p> <p>22h</p> <p>22h</p>
		<p>9. Nitroglicerina 250mcg (EV) 1x/dia</p> <p>10. Bismacronato Na* 8,4% - 250ml (EV) 1x/dia</p> <p>11. SU - CO</p> <p>12. Concentrado Hemácias 4ml/dia (EV) 1x/dia</p> <p>13. Plasma fresco (0,5ml/dia) (EV) 1x/dia</p>	<p>19h</p> <p>19h</p> <p>19h</p> <p>19h</p> <p>19h</p>

Dr. Fernando Ramos  
Médico  
CRM - 108.557

Weber Regina S. Leite  
CARDIOLOGISTA  
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	
	Admissão Semi Intensiva
26/04/15	
	Paciente vítima de acidente automobilístico, com mecanismo grave de lesão (TCE grave c/ Fratura Torção-fratura Bilateral + Hematoma extracranial bilateral parietal) + Fratura Bilateral de fêmur + Contusão abdominal (Laparotomia poranca) está sedada, em VM por TOT. S/Diagnóstico Vasoativo
	APIMV @ SINAT Bilat.
	AC: BENT-CI ACDEM ZISIS
	PA: 170x90 mmHg FC: 124bpm SatO2: 99%
	Col. Solicito Vias Urgente CROSS II
	Não cirúrgico
	Suporte Intensivo

Webster Spiegler S. Leite  
CARDIOLOGISTA  
CRM-SP 105.937

**IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA  
HOSPITAL DONA BALBINA**

PACIENTE: Maria da Glória da Silva PRONT: 1000

DATA	HORA	RELATORIO DE ENFERMAGEM
26/04/15	16:00	<p>Cliente admitida no CCUS com diagnóstico de mioma para submeter-se a laparotomia exploratória no CCUS cuidadora do Sr. Fernando Ramer, apresentando TAT nº 7.5, SVD com dor abdominal, com presença de sinais vitais estáveis SNG em drenagem, tubos gastróduodenais em MMIS, ventilação em MSE e D, insulina em BI a 20 ml/h, acasalada em SO-02, instalados multiparâmetros que cuidador e ex de inf. <span style="float: right;">Nayara L. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930</span></p>
26/04/15	16:15	<p>Inicio do ato cirúrgico pelo Sr. Fernando Ramer com assistência do Sr. Fernando mijada <span style="float: right;">Téc. Enfermagem Nayara L. Beltrame COREN-SP 687930</span></p>
26/04/15	16:20	<p>Imuniza do E &gt; de Fernando mijada nº 3035150409020; data de validade 21/05/15; início do ato. LFT; grupo O <span style="float: right;">Téc. Enfermagem Nayara L. Beltrame COREN-SP 687930</span></p>
26/04/15	16:40	<p>Administrado O2 q de Kapzol EV; peixe Dia Just. <span style="float: right;">Nayara L. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930</span></p>
26/04/15	17:00	<p>Imuniza das laparotomia pelo Sr. Fernando Ramer com assistência do Sr. Fernando mijada <span style="float: right;">Nayara L. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930</span></p>
26/04/15	17:20	<p>Inicio do ato cirúrgico de # de Fernando mijada nº 3035150409020; data de validade 21/05/15; início do ato. LFT; grupo O <span style="float: right;">Nayara L. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930</span></p>
26/04/15	17:30	<p>Imuniza das B. de Fernando mijada nº 3035150409020; data de validade 21/05/15; início do ato. LFT; grupo O <span style="float: right;">Nayara L. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930</span></p>
26/04/15	17:35	<p>Imuniza do B. de Fernando mijada nº 3035150409020; data de validade 21/05/15; início do ato. LFT; grupo O <span style="float: right;">Nayara L. Beltrame Téc. Enfermagem COREN-SP 687930</span></p>

**IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA  
HOSPITAL DONA BALBINA**

PACIENTE: Maria Helena de Souza PRONT: .....

DATA	HORA	RELATORIO DE ENFERMAGEM
26/04/15	18:10	<p>Termino da Bolsa de E.D de Hematocrito da -            gô: nº 3035150413027, data validada:            18/05/15, inicio de de: E.D, grupo O<sup>+</sup></p> <p>_____            Nayara L.T. Beltrame            Téc. Enfermagem            COREN-SP 587930</p>
26/04/15	18:15	<p>Inicio da Bolsa de E.D de Hematocrito da -            gô nº 3035150413037, data validada:            18/05/15; inicio de de: TSD; grupo O<sup>+</sup></p> <p>_____            Nayara L.T. Beltrame            Téc. Enfermagem            COREN-SP 587930</p>
26/04/15	18:20	<p>Termino da fixação de 4 de Hematocrito            mmTS, pelo Dr. Ronaldo com auxílio da            Dr. Luciano</p> <p>_____            Nayara L.T. Beltrame            Téc. Enfermagem            COREN-SP 587930</p>
26/04/15	18:50	<p>Cliente mantém TOT, SVD com diurese            hematúrica, independente E.D de Hematocrito,            color, cianótico, mantém SVDV. <del>gô nº 3035150413037</del>, le-            gres circulator e el. de inf.</p> <p>_____            Nayara L.T. Beltrame            Téc. Enfermagem            COREN-SP 587930</p>
26/04/15	19:05	<p>Cliente encaminhada p/ TOMO, ref. visita            gô validada</p> <p>_____            Nayara L.T. Beltrame            Téc. Enfermagem            COREN-SP 587930</p>



QUADRO RESPIRATÓRIO				AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA												22/04/15	ANOTAÇÕES ENFERMAGEM - MANHÃ	
Horário	Oxigênio-terapia	FiO <sub>2</sub> %	SatO <sub>2</sub> %	ESCALA DE GLASGOW														
				Abstrutura Ocular:	Esponânea	4												
06:00					Ordem Verbal	3												
07:00					Dor:	2												
08:00					Sem resposta	1												
09:00					Orientado	5												
10:00				Melhor Resposta Verbal	Confuso	4												
11:00					Palavras impróprias	3												
					Sons incompreensíveis	2												
12:00					Sem resposta	1												
13:00					Melhor Resposta Motora	Obedece comando verbal	6											
14:00				Localiza dor		5												
15:00				Flexão moral inespecífica		4												
16:00				Flexão anormal decorticação		3												
17:00				Extensão a dor descerebração		2												
					Sem resposta	1												
					TOTAL 3-15													
PUPILAS																		
18:00				D	Horário													
19:00					Diâmetro													
20:00				E	RFM													
21:00					Diâmetro													
22:00				Legenda:	RFM													
23:00					RFM													
24:00				Diâmetro	1	2	3	4	5	6	7	8	RFM + Presente - Ausente					
01:00																		
02:00																		
03:00																		
04:00																		
05:00																		
Isolamento:				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO														
Tipo de Isolamento:																		
CULTURAS																		
ANTIBIOTICOTERAPIA																		
Nº DE DIAS																		
<p>22/04/15</p> <p>12:00 Pac. admitido no setor vindo do CCU após Td de cirurgia com Sda, TOT, cateter urinário, acesso venoso com mms, pontos em abdômen. Não responde a toques, curativo viloso nos pontos cirúrgicos, com presença de diurese de cor amarelada clara, ficando em cama bituberculada, acesso veno-femoral com glicose 550mg.</p> <p>13:00 em obs.</p> <p>14:00 Sinais de pleura de 3x3cm.</p> <p>17:00 Vol 205ml.</p> <p>ANOTAÇÕES ENFERMAGEM - TARDE</p> <p>20:00 Sinais de pleura de 3x3cm.</p> <p>01:00 Vol 182ml.</p> <p>20:00 Pleura de 3x3cm.</p> <p>23:00 Vol 182ml.</p> <p>01:00 Pleura de 3x3cm.</p> <p>02:00 Pleura de 3x3cm.</p> <p>03:00 Pleura de 3x3cm.</p> <p>04:00 Pleura de 3x3cm.</p> <p>05:00 Pleura de 3x3cm.</p> <p>ANOTAÇÕES ENFERMAGEM - NOITE</p> <p>06:00 Pac. acordado, sinais vitais estáveis, com TOT, cateter urinário, acesso venoso com mms, pontos em abdômen, curativo viloso nos pontos cirúrgicos, com presença de diurese de cor amarelada clara, ficando em cama bituberculada, acesso veno-femoral com glicose 550mg.</p>																		



^m

## DÉBITO CENTRO CIRÚRGICO

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^

DATA\_ /

I^0I^^00^/^CI^I^^5

^

\_CONVÊNIO\_

C^A^A^C|^

A^A^A^A^A^A^A

G

INICIO 11 •-2-0.. F I M \_ 1 3 ^ ^ Q \_

CIRURGIÃO -Q ^..^yj.^

\_AUXILIAR .

L=,.

ANESTESISTA.

ANESTESIA;

CIRCULANTE ^-^«yM^SoWat' "S-^^|

\_OBSERVAÇ0ES;

wmm^mVmmasBã^

I^gj^E BISB^üi EISli#S#^' ^mmBm#=Kasmm«^j3

Abocath

A.D. 000 ml

Algodão (fio)

Agua oxigenada

A.D. ib ml

Catgut.cromado

c/a

Agulha

Alfast

. Cargut cromado

s/a

Agulha

Aramin

CatgütSimples

c/a

Agulha 13x4,5

Decadron

CatgütSimples

s/a

Agulha 25x7

Dipirona

Monocril -

Agulha 30x7

Dormonid

Monotil- ..

Agulha 40x12

Etomidato

Nylon

c/a

Agulha de peridural

Etrane

Nylon

c/a

Agulha para Bloqueio

Fentanil (ampola)

Nylon

s/a

Agulha raqui

Fentanil (fr)

Nylon

s/a

At agodão

Forone

Poliester

At crepe

Kefazol

Poliester (Ethibond)

At gesso

Keflin

Seda

c/a

Clorexidina alcoólica

Neocaina 0,5% s/v

Seda

-'-

s/a

íOC Clorexidina degermante

Neocaina isobárica

Vicril

c/a

Coletor sistema fechado

Neocaina 0,5% c/v

Vicril

c/a

! j-er Compressa 25x13

Neocaina pesada

JO Compressa 45x43

Novabupi c/v

mmj mB^mBEm^smKâ^

Degermante

Novabupi s/v

F SF 1000 ml C3

Dreno

Omeprazoi

Hemacel

Eletrodo

Plasil

S. Ringer 500 ml tr

OS Equipo

Profenid ev

SF 100 ml r

Equipo 2 vias

Propofoi

SG 5% 500 ml

0.< Escova cirúrgica

Prostigmine

SGF 1000 ml

Esparadrapo

Rocuron

OJ íTs^erc-x-fc,—

Gaze

Sevorane

-.^⇒aoas^soAJac^ C

In Stopper

Solucortef mg

ov C 3 ^^UUYT-voLc^^!..^ «CW^OL^XT^O "T^

o i Lâmina de bisturi ^J.|

Succitrat

màsm

0 1 Lâmina de bisturi i ^

Tilatil 40 mg



# Hospital Dona Balbina da Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira

## FICHA DE ANESTESIA

NOME:

Maria Joana de Menezes

MATRÍCULA:

DATA 22.04.15	P. ARTERIAL 95x42	PULSO 132	RESPIRAÇÃO T.O.T	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO O <sup>+</sup> Rh <sup>+</sup>	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	DOSS. URINÁR
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO Hipertensão Arterial			ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO MVA + S. lateral			ASMA		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO Normal			
ESTADO MENTAL T.O.T. e atenção			CORTICÓIDES		ATÁRAXICOS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Portomun (Frat. KHEI)			RISCO		IV E	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES + DOSES)			APLICADO ÀS		EFEITO	

FIC DPVAT  
GRANDBERG  
31 JUL 2015

Agentes Anestésicos	Oxigênio	TOTAL DOSES	
1 500	2 400		
3 300	200		
Líquidos	OUTROS 100		
Temperatura T	C.°	SEQUÊNCIA	
P. Arterial V A	38	1 10ml 30mg	
Pulso	36	2	
Início e fim Anestesia X	34	3	
Início e fim Operação	32	4	
Respiração	30	5	
Símbolos:		6	
		7	
		8	
		9	
		10	
		11	
		12	
		13	
		14	
		15	
		16	
		17	
		18	
		19	
		20	
		21	
		22	
		23	
		24	
		25	
		26	
		27	
		28	
		29	
		30	
		31	
		32	
		33	
		34	
		35	
		36	
		37	
		38	
		39	
		40	
		41	
		42	
		43	
		44	
		45	
		46	
		47	
		48	
		49	
		50	
		51	
		52	
		53	
		54	
		55	
		56	
		57	
		58	
		59	
		60	
		61	
		62	
		63	
		64	
		65	
		66	
		67	
		68	
		69	
		70	
		71	
		72	
		73	
		74	
		75	
		76	
		77	
		78	
		79	
		80	
		81	
		82	
		83	
		84	
		85	
		86	
		87	
		88	
		89	
		90	
		91	
		92	
		93	
		94	
		95	
		96	
		97	
		98	
		99	
		100	

DURAÇÃO  
2:30y

Técnicas: VENTIL	Incidentes - Acidentes:
Operação: 1º plano para infiltração + T.O. - cirurgia de art. de mão	
Cirurgiões: Dr. Fernando Gomes + Dr. F. Gomes + Dr. André da Silva	
Anestesiistas: Rodrigo Porto	
Particularidades:	
Assinatura e Carimbo do Anestesiista	Condições pós oper. Imediatas: T.O. T p/semi

FOLHA DE ANESTESIA

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



# LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS PORTOLAB

Rua: João Saigüeiro, 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  
Mulheres: 12.0 - 16.0g/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 Referência:  
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 Referência:  
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 Saiguer, 297 - Centro  
Telefone: (19) 3585 5002 / 3585 5003  
email: portolablaboratorio@gmail.com  
CNES - 2747324

Dr. Celso Ricardo Sacco  
CRM 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

### SODIO (Na+)

Data da Coleta: 26/04/2015

Resultado.....: 134 mmol/L

Valores de Referência:

Adultos: 135 - 148 mmol/L  
Recém-nascidos: 134 - 144 mmol/L  
Criança: 138 - 144 mmol/L

Método: 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 Referência:

Adultos: 3.5 - 5.5 mmol/L  
Recém-nascidos: 3.7 - 5.9 mmol/L  
Criança: 3.4 - 4.7 mmol/L

Método: 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 CRM 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 filiados ao SBPC regulamentado pela ANVISA.

**IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA**  
**FICHA DE REGISTRO DE RESULTADOS DE EXAMES**

NOME/PACIENTE: \_\_\_\_\_

**Hospital Dona Balbina**  
 Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira  
**Agência Transfusional**

**HEMONÚCLEO REGIONAL DE ARARAQUARA**

Doação Nº: 3035/4070/005

Data de Coleta: 07/07/14

Data Validade: 07/07/15

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 Nº: 3035/4070/0008

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 Nº: 3035/4070/0015

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

<sup>1815</sup>  
**Hospital Dona Balbina**  
 Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira  
**Agência Transfusional**

**HEMONÚCLEO REGIONAL DE ARARAQUARA**

Doação Nº: 3035/5041/3037

Data de Coleta: 13/04/15

Data Validade: 13/05/15

Iniciais Doador: JSC

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: \_\_\_\_\_

*início 17:30*

**Hospital Dona Balbina**

Irmadade de Misericórdia de Porto Ferreira

**Agência Transfusional**

**HEMONÚCLEO REGIONAL DE ARARAQUARA**

Doação N.º: 3035150413021

Data de Coleta: 13/04/15

Data Validade: 18/05/15

Iniciais Doador: EtG

Quantidade da Bolsa: 258 ml

Tipo de Hemocomponente CH

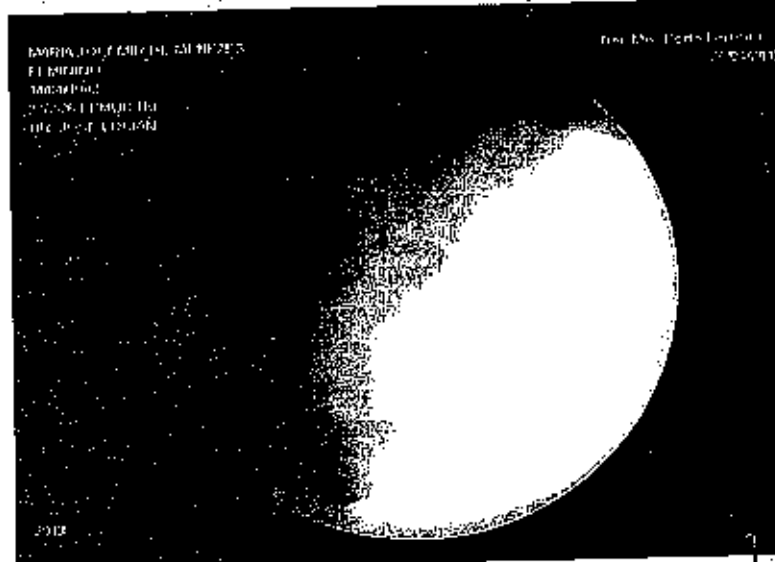
Grupo

RH



*Positivo*

MOD. 44





# PEDIDO DE EXAMES

PACIENTE

N.º DE PRONTUÁRIO

IDADE

SEXO

CONVÊNIO

MÉDICO

PARA SER COLHIDO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ÀS \_\_\_\_ HS

☒ URGÊNCIA

**SIC DPVAT**  
**GRANDBERG**  
31 JUL 2015

BIOQUÍMICA

- ☐ ÁCIDO ÚRICO
- ☐ BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES
- ☐ CÁLCIO
- ☐ URÉIA
- ☐ CREATININA
- ☐ PROTEINOGRAMA
- ☐ ALBUMINA
- ☐ PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES
- ☐ TGO ☐ TGP ☐ GAMA GT

- ☐ FOSFATASE ALCALINA
- ☐ FOSFATASE ÁCIDA ☐ PROSTÁTICA
- ☐ DHL
- ☐ CPK ☐ CKMB
- ☐ COLESTEROL ☐ HDL ☐ LDL ☐ VLDL
- ☐ GLICEMIA
- ☐ HB-GLICOSILADA
- ☐ MAGNÉSIO ☒ SÓDIO

- ☐ TRIGLICÉRIDES
- ☐ LÍPIDES TOTAIS
- ☐ LÍPIDOGRAMA
- ☐ MUCOPROTEÍNAS
- ☐ AMILASE
- ☐ LIPASE
- ☐ FÓSFORO
- ☐ POTÁSSIO

OUTROS:

HEMATOLOGIA

- ☐ HEMOGRAMA
- ☒ Hb - Ht
- ☐ ERITROGRAMA
- ☐ LEUCOGRAMA
- ☐ HEMOSSÉDIMENTAÇÃO

- ☐ PLAQUETAS
- ☐ RETICULÓCITOS
- ☐ TS ☐ TC
- ☐ PROVA DO LAÇO
- ☐ FIBRINOGENO

- ☐ T. TROMBINA
- ☐ T. PROTROMBINA
- ☐ T. TROMBOPLASTINA PARCIAL
- ☐ RETRAÇÃO DO COÁGULO
- ☐ CÉLULA LE

IMUNOLOGIA

- ☐ PREGNOSTICON
- ☐ BETA - HCG
- ☐ PROTEÍNA C. REATIVA

URINA

- ☐ URINA TIPO 1
- ☐ DENSIDADE URINÁRIA
- ☐ GLICOSÚRIA ☐ ISOLADA ☐ FRACIONADA ☐ 24 HORAS
- ☐ CETONÚRIA
- ☐ PROTEINÚRIA

OUTROS:

BACTERIOLOGIA

- ☐ CULTURA ☐ AERÓBIA ☐ ANAERÓBIA
- ☐ BACTERIOSCÓPICO
- ☐ ANTIBIOGRAMA
- ☐ PESQUISA BAAR
- ☐ PESQUISA FUNGOS
- ☐ HEMOCULTURA ☐ AERÓBIA ☐ ANAERÓBIA

DATA:

26/04/15

MÉTODOS GRÁFICOS

- ☐ ECOCARDIOGRAMA BID - DOPPLER
- ☐ ELETROCARDIOGRAMA
- ☐ ENDOSCOPIA
- ☐ HOLTER 24 HORAS
- ☐ MAPA
- ☐ RAIO X
- ☐ TESTE ERGOMÉTRICO
- ☐ ULTRASOM

Weber Spiegioria S. Leite  
CARDIOLOGISTA  
CRM 103.930  
E ASSINATURA

## Controle de Sinais Vitais

NOME: Maria Joana de Menezes LEITO: REG.: 16698

[illegible]

## 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): \_\_\_\_\_



## Ficha Neurocirurgia/Neurologia

## Identificação

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

## Dados Clínicos

## Resumo Clínico/Exame Físico/Exames Subsidiários/Conduta Tomada

<b>26/04/2015 21:34:57 - REG - CARLOS EDUARDO SOARES DOS SANTOS - CRM:105196</b>					
<b>Lesão tipo:</b> Trauma					
<b>Tempo de início do quadro</b>					
<b>Data:</b> 26/04/2015	<b>Hora:</b> 14:00				
<b>Detalhes do Trauma</b>					
<b>Mecanismo do trauma:</b> ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO					
<b>Tipo de trauma:</b> Hematoma epidural			<b>Perda de consciência:</b> Sim		
<b>Dados Clínicos</b>					
<b>Antecedentes pessoais:</b> RIGIDEZ PRÉVIA					
<b>Resumo clínico:</b>					
<b>Perda de consciência:</b> Sim					
<b>Glasgow de entrada:</b> 8					
<b>Déficit Motor:</b>	<b>Local do Déficit:</b>	<b>Pupilas:</b>	<b>Reflexo Fotomotor</b>		
<b>Exame Neurológico:</b>					
<b>Tomografia/Ressonância Magnética/Exames de Imagem:</b> TC DE CRÂNIO: FRATURA TEMPORO-PARIETAL + HEMATOMA EXTRAORAL PARIETAL BILATERAL					<b>Desvio de Linha Média:</b> Não
<b>Exame Físico</b>					
<b>Estado Geral:</b>	<b>Ventilação:</b>	<b>Consciência:</b>	<b>Sedação:</b>	<b>Glasgow:</b>	
PA: 0 x 0 mmHg	FC: 0	FR: 0	Temperatura:	Sat. O2: (%)	Peso (Kg): 0
<b>Outros Exames:</b> H0; 7.6 / HT: 21.2					
<b>Em uso de droga Vasoativa:</b>					
<b>Especifique:</b>					
<b>26/04/2015 20:37:25 - REG - CARLOS EDUARDO SOARES DOS SANTOS - CRM:105196</b>					
<b>Lesão tipo:</b> Trauma					
<b>Tempo de início do quadro</b>					
<b>Data:</b> 26/04/2015	<b>Hora:</b> 14:00				
<b>Detalhes do Trauma</b>					
<b>Mecanismo do trauma:</b> ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO					
<b>Tipo de trauma:</b>			<b>Perda de consciência:</b>		

CID 1:  
S064 - Hemorragia epidural

CID 2:  
Não Informado

1º Recurso

Especialidade - NEUROCIURGIA

Justificativa dos Recursos solicitados

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

Prioridade de atendimento: 3 - Resolver em 6 horas

#### Busca de Recursos

Unidade Receptora	Data de Contato	Médico Receptor	Vaga Cede da?
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	Inseriu a ficha	26/04/2015 20:25:42
REG - CARLOS EDUARDO SOARES DOS SANTOS - CRM: 105196	SES-SP CENTRAL DE REGULAÇÃO D	Assumiu o caso	26/04/2015 20:38:26
REG - CARLOS EDUARDO SOARES DOS SANTOS - CRM: 105196	SES-SP CENTRAL DE REGULAÇÃO D	Encaminhou Solicitação	26/04/2015 20:33:52
REG - CARLOS EDUARDO SOARES DOS SANTOS - CRM: 105196	SES-SP CENTRAL DE REGULAÇÃO D	Atualizou a ficha	26/04/2015 20:37:25
REG - CARLOS EDUARDO SOARES DOS SANTOS - CRM: 105196	SES-SP CENTRAL DE REGULAÇÃO D	Atualizou a ficha	26/04/2015 21:34:57
REG - CARLOS EDUARDO SOARES DOS SANTOS - CRM: 105196	SES-SP CENTRAL DE REGULAÇÃO D	Finalizou a ficha	26/04/2015 21:34:57

#### Transferências

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

#### Indicações

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

#### Resolução

<b>Resolução</b> A2 - VAGA ZERO	
<b>Unidade Receptora</b> SCM DE SAO CARLOS	<b>Município</b> São Carlos
<b>Médico Receptor</b>	CRM
<b>Recomendado Transporte em UTI ou transferência com acompanhamento médico:</b> Sim	
<b>Data:</b> 26/04/2015 <b>Hora:</b> 21:34:56	
<b>Observações</b> FIM	
<b>Médico Regulador</b> CARLOS EDUARDO SOARES DOS SANTOS	CRM 105196
<b>TARM</b> SERGIO LUIZ GOMES DE OLIVEIRA	
<b>FINALIZAÇÃO</b> <b>Data:</b> 26/04/2015 <b>Hora:</b> 21:34:56	

Central de atendimento: (11) 3130-6700

Fax: (11) 3130-6755

Fechar Imprimir



# Hospital Dona Balbina

## FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

Paciente: MARIA JOCEMIR DE MENEZES

Prontuario: 80688

Nasc.: 14/04/1982

Idade: 33 Anos

Cor: Branca

Sexo: Feminino

Religião: OUTROS

Registro: 16698

Data da Internação: 26/04/2015

Hora: 17:26:23

Médico: FERNANDO RAMOS

CRM: 108552

CPF: 175.597.918-59

Convenio: 1

Diagnóstico de Internação: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Infecioso: \_\_\_\_\_

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: TERAPÊUTICA ( ) PROFILÁTICA ( )

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

Resultado: ( ) NEGATIVA ( ) ANDAMENTO ( ) POSITIVA

Germe ( s ) Isolado ( s ):

Justificativa:

Médico Solicitante: CRM:

Data: / /

Parecer da C.C.I.H.: ( ) Recomendável ( ) Não Recomendável

( ) Rever após resultado da cultura

Responsável:

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

**ANAMNESE E EXAME FISICO**

**Dados Do Paciente**

Paciente.: MARIA JOCEMIR DE MENEZES

Prontuario: 80688

Nasc.: 14/04/1982

Idade: 33 Anos

Sexo: Feminino

Identidade:

C.P.F.:

CNS 898000471628176

**Dados Da Internação**

Registro: 16698

Data Internação: 26/04/2015

Hora: 17:25

Médico: FERNANDO RAMOS

CRM: 108552

CPF: 175.597.918-59

Clinica: Cirúrgica

Alta: / /

Hora: : Hs.

Recepcionista: ANAPAUASILVA

**ANAMNESE**

Tristeza, autismo, lesões  
no corpo do TS, lesões nas pernas,  
com alterações do nível de consciência  
for intubado e recebeu respiração artificial

**EXAME FISICO**

Weg, desorientado  
lesões nas pernas  
Abd. sem alterações  
hemisfério direito

**EXAMES COMPLEMENTARES**

Ex. torax de pulmão direito

Diagnóstico de Entrada:

Transtorno de ansiedade

Jr. Fernando Ramos  
Médico  
CRM - 108.552

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  
Médico: FERNANDO RAMOS CRM: 108552 CPF: 175.597.918-59  
Convenio: 1 SUS Clínica: Cirúrgica  
Bloco: 00001 Ac.: APARTAMENTO Leito: 0024A  
Observações:  
Diagnósticos:  
Recepcionista: ANAPAUASILVA

**RELATÓRIO DA CIRURGIA**

Cirurgião: Fernando Ramos 1º Auxiliar: Fernando Ramos  
2º Auxiliar: C 3º Auxiliar:   
Instrumentador:  Anestesia:   
Anestesista:  Dt. Cirurgia: 1 1  
Início: 17:25 Término: 18:00  
Diag. pre-Operatório: Hipertensão  
Cirurgia tipo: Hipertensão  
Diag. Pos-Operatório:   
Relatório Imediato do Patologista:   
Acidentes Durante a Cirurgia:

**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**

Técnicas, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento

(1) 8/10/2015  
(2) Hipertensão  
(3) - Hipertensão - Ausência de sangue na cavidade abdominal - Hemorragia grau III Estável, mas presente  
(4) - Hemorragia do abdômen  
(5) Fechamento por pontos



**Dados Do Paciente**

Paciente: **MARIA JOCEMIR DE MENEZES**

Prontuario: **80688**

Nasc.: **14/04/1982**

Idade: **33 Anos**

Cor: **Branca**

Sexo: **Feminino**

Religião: **OUTROS**

Natural de: **CAJAZEIRAS**

Fone: **1935891284**

Identidade: **99099090570**

C.P.F.: **892.115.023-49**

CNS **898006471628406**

End.: **JOSE GOMES**

**965**

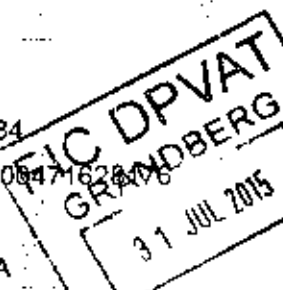
Compl.:

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:

Recepcionista: **BRUNA**

**RELATÓRIO DA CIRURGIA**

Cirurgião: **Dr. Ronaldo**

1º Auxiliar: **Dr. Luciano**

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: **Roberta**

Anestesia:

Anestesista:

Dt. Cirurgia: **1 / 1**

Início:

Termino:

Diag. pre-Operatório: **Trauma**

Cirurgia tipo: **Dequitação / + traque de fratura femur esquerda**

Diag. Pos-Operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Acidentes Durante a Cirurgia:

**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**

Técnicas, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento

**75 Cir. Apê, Laparotomia**

① **Pe e ad sob A. Genal**

② **A. A. C. C. E.**

③ **Lox. Cir. + dequitação do fêmur em COXA ①**

④ **Osteosinta ci. fix. ext. linear da COXA ①**

⑤ **" " " " " " DA COXA ①**

⑥ **Lox. Cir.**

⑦ **Sutura**

⑧ **Cura**

RECIBO DE PAGAMENTO  
R\$ 10.000,00  
DATA 26/04/2015

**IRMANDADE DE MISERICORDIA DE PORTO FERREIRA**

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

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

**FICHA PARA REGISTRO DE RESUMO DE ALTA****Dados Do Paciente**Paciente: **MARIA JOCEMIR DE MENEZES**Prontuario: **80688**Nasc.: **14/04/1982**Idade: **33 Anos**Sexo: **Feminino**

Identidade:

C.P.F.:

CNS **898000471628176****Dados Da Internação**Registro: **16698**Data Internação: **26/04/2015**Hora: **17:25**Medico: **FERNANDO RAMOS**CRM: **108552**CPF: **175.597.918-59**Recepcionista: **ANAPAUASILVA**

*Transferido para São João de  
São João*

*Transf. p/ Santa Casa*

*Transferido para Santa Casa*

*Dr. Fernando Ramos  
Médico  
CRM - 108.552*

Data de Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - Procedimento: \_\_\_\_\_ - CID: \_\_\_\_\_

**IRMANDADE DE MISERICORDIA DE PORTO FERREIRA**

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

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

**TERMO DE LIBERAÇÃO 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**Convênio: **1 SUS**Bloco: **00001** Acomodação: **00024**

APARTAMENTO:

Leito: **0024A**Recepção: **ANAPAUASILVA**

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

Alta do Recem-Nascido: ( ) Sim ( ) Não

Motivo: \_\_\_\_\_

Exames entregues pelo Paciente no ato da internação ... Devolvido ao Paciente

<input type="checkbox"/> CD - Cateterismo	<input type="checkbox"/>
<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"/> Ultrassom (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.

Liberação pela Enfermagem: ( ) Sim ( ) Não Assinatura: \_\_\_\_\_

Comparecer ao setor de Internação: ( ) Sim ( ) Não Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente e/ou Responsável: \_\_\_\_\_

Porto Ferreira - SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.241.846 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/jan.2001

NOME RAILDO SOARES DE SOUSA

FILIAÇÃO Raimundo Honório Batista de Souza  
Gildete Soares Guedes  
Cristino Castro-Fil

NATURALIDADE 11/jan.1983 DATA DE NASCIMENTO

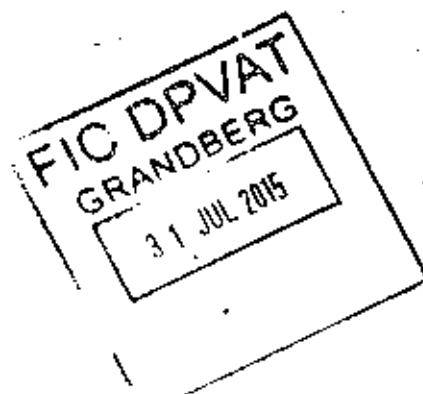
cart.nas.nº.1.575.Liv.A-2.Fls.087.

exp.Cristino Castro-Fil 31/jan.1989.

CPF

Francisco das Chagas Pinheiro Martin

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria de Administração

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

0041622483-13

Nome

RAILDO SOARES DE SOUSA

Nascimento

11/01/1983

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE DEUS MARTINS

APLICADO  
BRASIL  
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

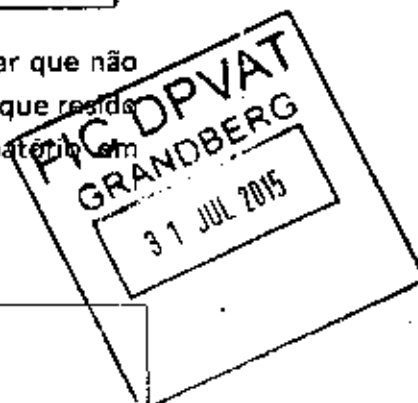
*Raildo Soares de Sousa*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RAILDO SOARES DE SOUSA  
RG nº 2.241.846-11, data de expedição 18/01/01, Órgão SSP-PP

CPF nº 004.622.483-13, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante 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>RUA: VALDOMIRO OLIVEIRA - S/N</u>
Número	<u>MORRO</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>MORRO</u>
Cidade	<u>CRISTINO CASTRO</u>
Estado	<u>PIRAÍ</u>
CEP	<u>64.920-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CRISTINO CASTRO, PI, 14 DE JULHO 2015

Assinatura do Declarante: Raildo Soares de Sousa

**AGESPISA**

Agua e Esgoto do Piauí S/A

Insc. Estadual: 19.101.656-2 CNPJ (ME): 06.845.717/0001-27  
 Av. Mel. Humberto de Alencar Castelo Branco, 11-4 Norte  
 Interact: www.agespisa.com.br  
 Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

**FATURA MENSAL**

Nome/Razão Social/Endereço: **CRISTINO CASTRO**

Referência: **DEZ/2011**  
 Vencimento: **29/12/2011**  
 Inscrição End. Alternativo:

Matrícula: **2625650-9** Inscrição: **031.001.08.05.0380.000** A/E: **3/1** P/L: **1** Res: **1** Categoria de Uso: **Com** Ind: **Pub**

Data Lettura: **12** Consumo: **12** Consumo Médio: **01000 0000000** Data Processamento: **20/12/2011** Sequencial: **989**

Período de Consumo: **0 -** Responsável:

De.	Período de Consumo	Valor
12/2011	0 - 12	25,26

**TOTAL A PAGAR: 25,26**

**FIC DPVAT**  
**GRANDBERG**  
**31 JUL 2015**

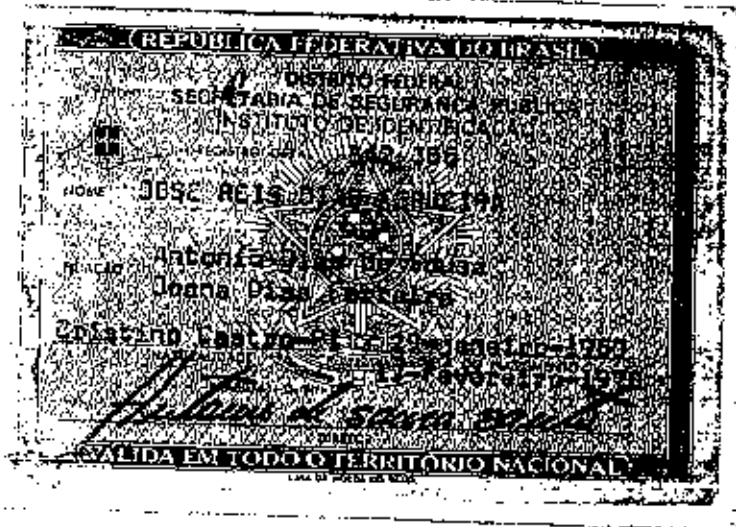
**AVISO DE DÉBITO:** Até a emissão desta conta não há registro de pagamento do valor do débito abaixo de sua responsabilidade. **Valor do débito: 200,51**

Conforme Lei 8987/95 e Decreto 8.354/91 Art. 107, o serviço pode ser suspenso 15 dias após este aviso.

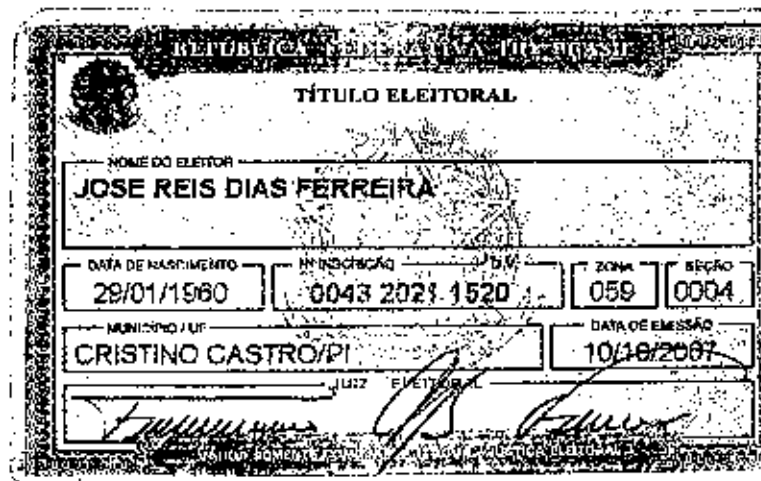
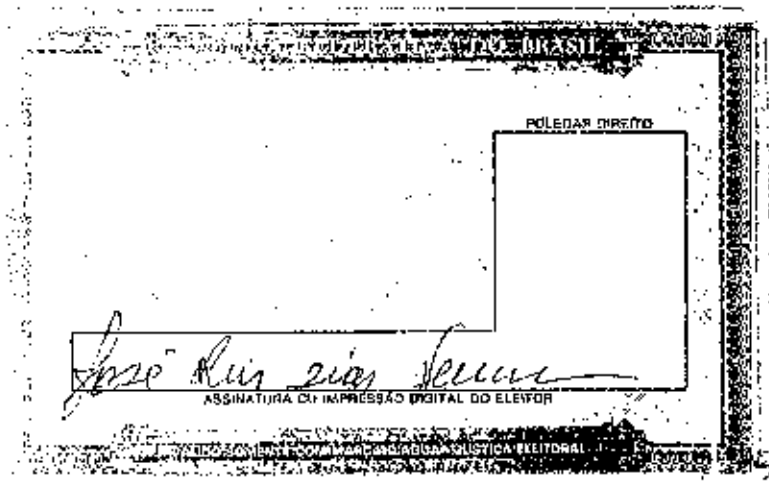
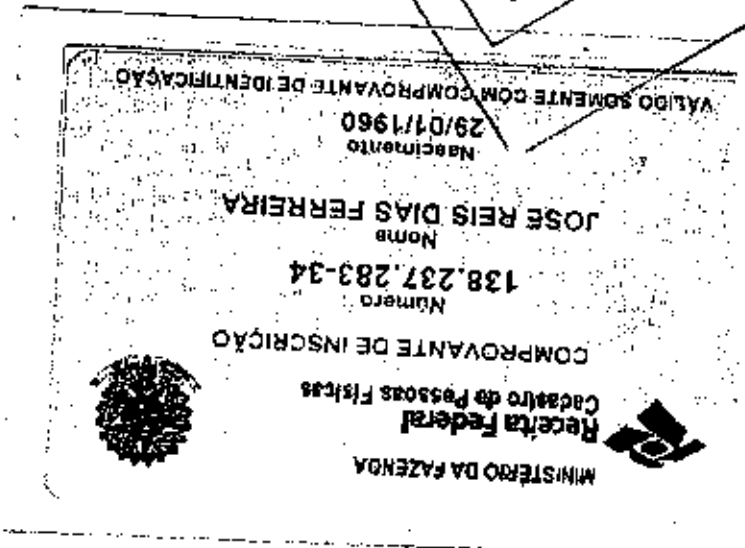
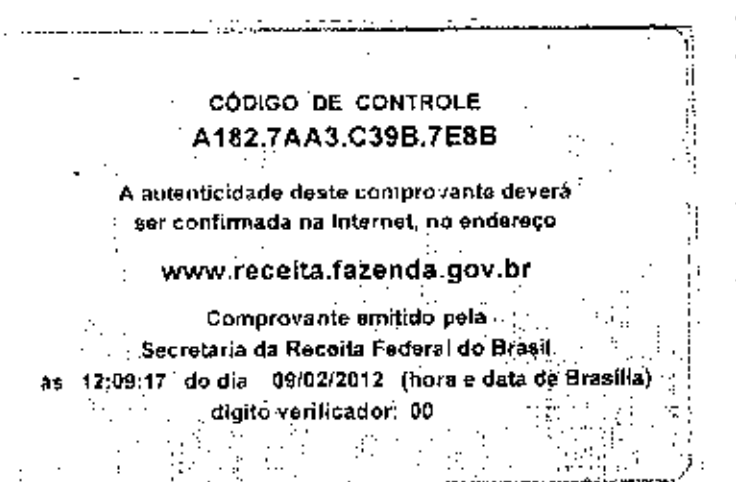
Qualidade de Água Distribuída	Quantidade de Água Distribuída	Consumo	Valor	Valor do Débito	Valor do Crédito	Valor do Débito
Boa	12	12	25,26	200,51	0,00	200,51

Em 21 de Dezembro de 2011, a Fatura foi apresentada ao consumidor e o mesmo não apresentou recurso.

Autenticação Mecânica



FIC DI  
GRANDBER  
31 JUL 2015



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIAUÍ  
 CNPJ: 06.845.747/0001-27  
 AV. MAL. CASTELO BRANCO, 101 W - CEP: 64.000-610  
 FONE GERAL: 3216-6309

CONTA DE ÁGUA  
 ATENDIMENTO  
 08000 86 8888

MÊS/ANO: 06/2015 VENCIMENTO: 28/06/2015 MATRÍCULA: 2610574

JOSE REIS DIAS FERRSIRA  
 AVE DAVID DE CAMPOS, NUM. 6/N  
 CENTRO  
 CRISTINO CASTRO PI 64920-000

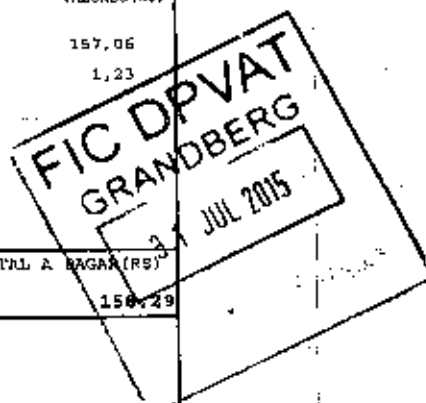
INSCRIÇÃO 031.002.0029.0327.00		ROTA 001.0327	
CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL. FATURADO
RESIDENCIAL	1	A09B493273	36
DT. LEIT. ANTER.	DT. LEIT. ATUAL	DIRE	LEIT. ANTERIOR
05/05/2015	12/06/2015	38	2213
MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.
05/2015 27	04/2015 23	03/2015 26	02/2015 32

DESCRIÇÃO	VALORES(R\$)
TARIFA DE AGUA	157,06
MANUTENCAO DE HIDROMETRO 001/001	1,23
DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS	
Base de Calculo: 158,29	
IR: 7,60	CPIS: 4,75
CSLL: 1,58	PIS/PASEP: 1,03
TOTAL A PAGAR(R\$)	
158,29	

MÉDIA MENSAL DOS PARÂMETROS BÁSICOS DE QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR		
Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/03
Turbidez	0,43	5,0
pH	5,36	5,0 a 8,5
Cox	2,75	15,0
Cloro	1,09	0,2 a 5,0

001.950

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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

Vítima: 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](http://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](http://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 início 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,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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](http://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**

Carta nº 12453884



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](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13304610





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



2014

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, JOAQUIM DA SILVA MARQUESPORTADOR(A) DO RG Nº 3.830-580 EXPEDIDO POR SSP - PA EM 27/11/12 ECPF 015819503-52 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO JURISDIÇÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA M<sup>te</sup> JOCEMAR DE MENEZES, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

## PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5604-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8695-9 1154

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.

OFÍCIO

C. Castro - PI, 17 de JULHO de 2015

LOCAL E DATA

João m de Silva Marques

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 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.gov.br](http://www.dpvatsegurodotransito.gov.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Reconheço a Firma verdadeirade João m de Silva MarquesEm Testemunho 198 da verdadeCustas R\$: 3,60

Cristino Castro - PI, 14/07/2015

Romão Dias da Silva

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO  
Av. Marcos Paes - nº 885 - Centro  
Cristino Castro - Fone: CEP: 64.920-000  
(89) 3503-1761



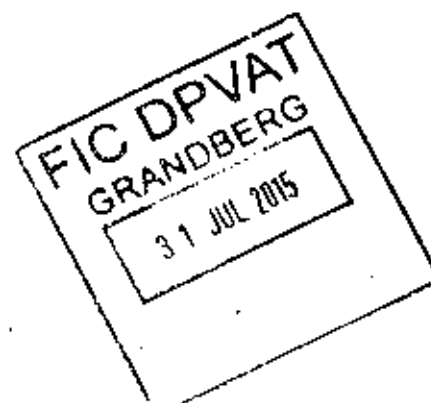
Selo de Fiscalização  
nº Autenticidade  
Poder Judiciário  
Estado do Piauí  
Atos de Atos  
Registro e  
Arquivos

560171543 0177

NR. ENVFI 0PF

2.468.345.083

the following inequality is nondecreasing in  $\lambda$  and  $\mu$ :





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SI



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

EU, JOAQUIM DA SILVA MARQUESPORTADOR(A) DO RG Nº 3830.580EXPEDIDO POR SSPIPIEM 22 / 11 / 2012CPF 0115819503-57 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO CAMINHAO NEIRO

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 MENEZES A SEGUROADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Suscep 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](http://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 AGÊNCIA 56014 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 8695-9
- ☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**  
BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**  
BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**  
BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**  
BANCO 104 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

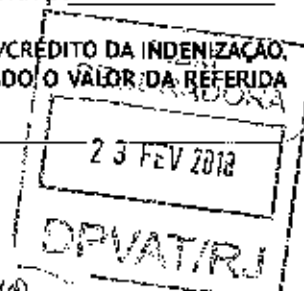
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL CRISTINO CASTRO DATA 10/01/18ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Joq. da Silva 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



4 Banco Postal

\*\*\* Extrato de Conta Corrente \*\*\*

Agência : 34300563-AC CRISTIANO CASTRO  
Terminal : 9932/0501 Id. Inv. : 157271  
Nro Aut : 121722 Caixa : 95208550  
Data : 09/01/2018 Hora : 12:17  
Horário de Brasília

BANCO DO BRASIL S.A.

575730172

0,45

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 5681-4 CONTA: 8.696,00  
CLIENTE: JOAQUIM DA SILVA MARQUES

HISTORICO	DOC.	VALOR
02/01/2018		
Saldo Anterior		1.406,150
01/01/2018		



Banco Postal

Extrato de Conta Corrente

Agencia : 34340368-ACORESTINGO, CASIRO  
Terminal: 99327050 Id. Inv.: 157271  
Mru Aut : 121722 Caixa : 35266551  
Data : 09/01/2018 Hora : 12:17  
(Horario de Brasilia)

BANCO DO BRASIL S.A.

Br5/001121 0075

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 5001-4 CONTA: 8.695-3  
CLIENTE: JOAQUIM DA SILVA MARQUES

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





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



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

INICIADO: 27/04/2015 12:11hs e EMITIDO: 27/04/2015 12:24hs  
KKLROSCBDIEEF0'Z

Folha :1

Boletim de Ocorrência.

Natureza(s):

Espécie: Óbito  
Natureza: Morte suspeita  
Consumado

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

Tipo de local: Saúde - Hospital-CTI/UTI

Circunscrição: 03 D.P. - SAO CARLOS

Ocorrência: 27/04/2015 às 08:00 horas

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

Elaboração: 27/04/2015 às 12:11 horas

Flagrante: Não



Vítima:

- MARIA JOCEMIR DE MENEZES - Não presente ao plantão - Vítima fatal  
Exibiu o RG original: Não - Pai: JOSÉ SABINO DE MENEZES  
Mãe: FRANCISCA CHAGAS DE MENEZES - Natural de: CAJAZEIRAS - PB  
Nacionalidade: BRASILEIRA - Sexo: Feminino - Nascimento: 14/04/1982  
33 anos - Advogado Presente no Plantão: Não - Cutis: Branca  
Endereço Residencial: MESMO DO DECLARANTE, - S.CARLOS - SP

Declarante:

- FRANCISCO RIZOMAR DE MENESES - Presente ao plantão - RG: 53337229-SP  
emitido em 29/08/2012 - Exibiu o RG original: Sim  
Pai: JOSE SABINO DE MENESES - Mãe: FRANCISCA CHAGAS DE MENESES  
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  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: 03º D.P. SÃO CARLOS

Boletim No.: 881/2015

2ª Via

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

Folha : 2  
KKLR0SCBDIEEF0`Z

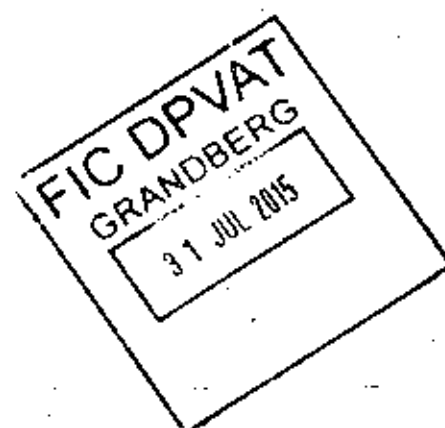
SUA IRMÃ MARIA JOCIMIR DE MENEZES (VÍTIMA), SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NA DATA DE ONTEM E FOI INTERNADA NA SANTA CASA LOCAL. QUE EM DATA DE HOJE A VÍTIMA VEIO A ÓBITO. EXPEDIDA REQUISIÇÃO IML. NADA MAIS.

Providências tomadas: OFÍCIO

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



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA 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

Folha :1

KKLRNUCBDIEEHI^

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



1º DP PORTO FERREIRA

REGISTRADO

Nº 1037/15

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO  
Marcos Parente nº 685 - Centro  
Cristina Castro - PI/CEP: 64.920-000  
(89) 3563-1761

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

AUTENTICAÇÃO

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

Custas R\$ 3,03

Cristina Castro - PI, 09.01.2018

Angela Maria Almeida dos Passos  
Escritária CE

Vítima:

- MARIA JOCEMIR DE MENEZES - Não presente ao plantão - RG: 9905900570-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 MENESES
- 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)

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  
POLÍCIA 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

Folha :2  
KKLRNUCDBIEEHIA^

**Histórico:**

Adendo atendendo requerimento do Sr. Francisco de Assis Menezes, 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 Menezes*

Providências tomadas: MSG CEPOL

Exames requisitados: IC-IML

Solução: BO PARA ADENDO

*[Signature]*  
JOSE DO PRADO RICARTE  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

*[Signature]*  
EDUARDO H. PALMEIRA CAMPOS  
DELEGADO DE POLÍCIA



**AUTENTICAÇÃO**  
Certifico e dou fê que a presente fotocópia  
confere com o original a mim apresentado.

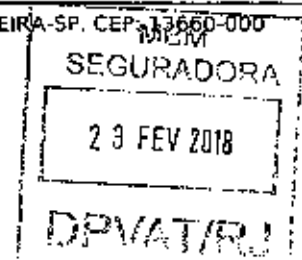
Custas R\$ 3,03

Cristino Castro - PI, 09/01/2018

*[Signature]*  
Angela Maria Almeida dos Passos  
Escrivão

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  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.PORTO FERREIRA

Boletim No.: 1229/2015

2ª Via

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

Folha : 4  
KKLRNUCDBDIEEGIZb

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  
CARCEIREIRA POLICIAL

EDUARDO M. PALMEIRA CAMPOS  
DELEGADO DE POLÍCIA

DEL.POL.PORTO FERREIRA

Endereço da delegacia : RUA JOAQUIM MIGUEL PEREIRA, 425 - JD. PROGRESSO-PORTO FERREIRA-SP CEP: 13660-000

Telefone: (19)3581-1207



0011



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

Escrevente Substituto

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico, 08 de 08 do Livro Nº A-16 de Registro de Nascimento  
son Nº 12648, foi feito hoje: o assento de JONATHAS MENEZES  
MARQUES- do sexo masculino  
nascido no dia 19 de janeiro de 2007 às 14 horas  
Hoje Geral Inez Andreassa-Aurora-Ce  
filho de Joaquim da Silva Marques  
e de dona Maria Jocemir de Menezes

RECIPVAT  
GRANDBERG  
31 JUL 2015

São avós paternos Joaquim Marques de Souza  
e dona Maria da Silva Santos

São avós maternos João Sabino de Menezes  
e dona Francisca Chagas de Menezes

O registro foi efetuado no dia 26 de fevereiro de 2007

Foi declarante • genitor

Testemunhas Maria Aparecida da Silva e Maria Iracema de  
Alves Gonçalves

Observações

534/97 - Arts. 13º e 14º  
ONº 13447-54



O referido é verdade e dou fé

Ipaumirim 26 de fevereiro de 2007

Ana Lúcia de Lima  
Escrevente Substituto

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO  
Ana Lúcia de Lima  
Escrevente Substituto no  
Exercício da Titularidade  
IPAUMIRIM-CE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Escrevente Substituto



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico, que aos 08 de Livro Nº A-16 de Registro de Nascimento

em Nº 12648, foi feito o assento de JONATHAS MENEZES \*

MARQUES- do sexo masculino

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

Hosp Geral Inez Andreassa-Aurora-Ce

filho de Joaquim da Silva Marques

e de dona Maria Jocemir de Menezes

São avós paternos Joaquim Marques de Sousa

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 Ira  
neide Alves Gonçalves

Observações



O referido é verdade e dou fé

Ipaumirim 26 de fevereiro de 2007

Ana Lúcia de Lima  
Escrevente Substituta

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO  
Ana Lúcia de Lima  
Escrevente Substituta  
Exercício de Oficialidade  
IPAUMIRIM-CE

SECRETARIA  
SEGURADORA

23 FEV 2018

IPAUMIRIM





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

*Maurício Crispim Bezerra*  
Escrivente Substituto

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, as fls. 71 do Livro Nº A-11 de Registro de Nascimento

sob Nº 11304, foi feito hoje o assento de ANDRESSA RIELLY DE  
MENEZES

do sexo feminino - cor parda

nascida no dia 14 de março de 2001 às 12:40 horas,  
em IPAUMIRIM - Ceará

filha de - - - - -

e de dona MARIA JOCEMIR DE MENEZES

23 FEV 2010

São avós paternos - - - - -

e dono - - - - -

São avós maternos Jose 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 Arts. 1º a 3º

SELO Nº 11.231/01

O referido é verdade e dou fé

Ipaumirim/CE, 24 de março de 2001

*Maurício Crispim Bezerra*  
O OFICIAL

CARTORIO FARIAS - 1º OFÍCIO

*Maurício Crispim Bezerra*

Escrivente Substituto no exercício  
da autoridade, por força da Portaria

nº 21.98, de 21/02/98

CEP 63340-000 - Ipaumirim-CE

SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL - ESTADO DO CEARÁ

# AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé que a presente certidão contém o conteúdo original e não foi adulterada.

Custas R\$: 2,30  
Cristino Castro - PI, 14.07.15

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO  
Av. Marcos Parente nº 685 - Centro  
Cristino Castro - PI / CEP: 64.920-000  
(89) 3563-1761



## REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



FIC DPVAT  
GRANDBERG  
31 JUL 2015

Dayane Alves de Sousa

Selo de Fiscalização  
e Autenticação  
Poder Judiciário  
Estado do Piauí  
Atos do Poder  
Judiciário

AUTENTICAÇÃO  
Nº ANG 089415  
Série 160

### CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

MARIA JOCEMIR DE MENEZES

MATRÍCULA:

119180 01 65 2015 4 00131 184 0061895 26

SEXO: Feminino COR: branca ESTADO CIVIL E IDADE: solteira, trinta e três anos

NATURALIDADE: Cajazeiras-PB e Registrada em Ipauimir CE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: RG 98099090570/SSP/CE CPF 892.115.023-49 ELETOR: 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 sete de abril de dois mil e quinze - 08:40 DIA: 27 MES: 04 ANO: 2015

LOCAL DE FALECIMENTO: Santa Casa de Misericórdia

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

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO): Cemitério Municipal Cristo Redentor, em Porto Ferreira-SP DECLARANTE: Francisco Rizzomar de Menezes

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

OBSERVAÇÕES/VERBAÇÕES: Deixou bens. Não deixou testamento conhecido. Era eleitora Ipauimir, Estado do Ceará. A falecida deixou os filhos: Jonathan, Maria Isadora e Andréia Rielly, menores de idade

3 fls  
MMR



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, 194B - Centro - CEP 13560-647 - Fone (16) 3371-5583  
Sarah J. Toledo Torrezan - Oficial

Valdeir Della Antonia  
Oficial Substituto

1ª VIA - ISENTA DE EMOLUMENTOS

119180-AA-000013694

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO  
 Av. Marcos Parente nº 685 - Centro  
 Cristino Castro - PI | CEP: 64.920-000  
 (89) 3563-1761

# DETALHAMENTO DA MATRÍCULA

Matrícula	0018830155 1987 1 0003 050 0000533 31	cc (35)	Tipo de Serviço Prestado, sendo: 55: Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais	JH (0003)	Número do livro
Padrão	aaaaabccc ddde fff ggg hhhhhh ii	ddde (1987)	Ano de Registro	ggg (050)	Número da folha
aaaaa (00188-3)	Código Nacional da Herança (identificação do código de estado)	e (5)	Tipo de livro, sendo: 1: Livro A (Matrimônio) 2: Livro B (Descendência) 3: Livro C (Auxílio de Registro de Herança) 4: Livro D (Causa) 5: Livro E (Auxílio de Registro de Prole) 6: Livro F (Registro de Prole) 7: Livro G (Registro de Prole) 8: Livro H (Registro de Prole) 9: Livro I (Registro de Prole)	hhhhhh (0000533)	Número do Termo
bb (01)	Código do Acervo, sendo: 01 - Acervo Próprio Outros - Acervos Incorporados	ii (31)	Dígito Verificador		

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

**CERTIDÃO DE ÓBITO**

NOME:

**MARIA JOCEMIR DE MENEZES**

MATRÍCULA:

**119180 01 55 2015 4 00131 184 0061995 28**

SEXO Feminino	COR branca	ESTADO CIVIL E IDADE solteira, trinta e três anos
NATURALIDADE Cajazeiras-PB e Registrada em Ipauimir CE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG 99099090570/SSP/CE CPF 892.115.023-49	SELETOR 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 sete de abril de dois mil e quinze - 08:40		DIA 27
		MES 04
		ANO 2015
LOCAL DE FALECIMENTO Santa Casa de Misericórdia		
CAUSA DA MORTE traumatismo cranio encefálico, hematoma retro perionzeal, fratura bilateral femur		
SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO) Cemitério Municipal Cristo Redentor, em Porto Ferreira-SP		DECLARANTE Francisco Rizzomar de Menezes
NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO Doutor Samir Mikhael Hamra Filho, CRM 43283		
OBSERVAÇÕES/VERBAÇÕES Deixou bens: Não deixou testamento conhecido. Era eleitora Ipauimir, Estado do Ceará. A falecida deixou os filhos: Jonathas, Maria Isadora e Andressa Rielly, menores de idade		

**AUTENTICAÇÃO**

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

Custas R\$ 3,03

Cristino Castro-PI, 09/01/2018

Angela Maria Almeida dos Passos  
Escritor

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 Torrezan - Oficial

Valdecir Della Antonia  
Oficial Substituto

1ª VIA - ISENTA DE EMOLUMENTOS

23 FEV 2018

DPVAT/RJ

119180-0-AA-000013694

119180-0-AA-000013694



# PREENCHIMENTO MÉDICO

## ANAMNESE:

Paciente vítima de acidente

A) via aérea permeável

B) MV ☒ e SIRA  $SpO_2 = 96$

## EXAME FÍSICO:

D) RM = 6 RV = 1 ECG = 14 Dor à palpação abdominal  
AO = 4 de coxa D e E

## NEUROLÓGICO:

☒ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☐ SONOLENTO ☐ CONFUSO ☐ GLASGOW

## RESPIRATÓRIO:

☒ MV PRESENTE ☐ MVAUSENTE ☐ RONCOS ☐ SIBILOS  
☐ ESTERTORES SUBCREPITANTES ☐ ESTERTORES CRÉPITANTES

## CARDIO:

☒ RITMO REGULAR ☐ RITMO IRREGULAR ☐ BULHAS

## ABDOMEN:

☐ INDOLOR ☒ DOLOROSO ☐ GLOBOSO ☐ DB  
☐ DISTENDIDO ☐ FLÁCIDO ☐ RÍGIDO ☐ RHA

## EXTREMIDADES:

☒ PERFUSÃO NORMAL ☐ CIANOSE ☐ EDEMA ☐ 14  
☐ PERFUSÃO DIMINUÍDA ☐ PULSO RADIAL ☐ PULSO PEDIOSO

## GENITOURINÁRIO:

☒ DIURESE NORMAL ☐ DIURESE DIMINUÍDA ☐ JANÚRIA  
☐ INCONTINÊNCIA ☒ SONDA VESICAL ☐ CISTOMA  
☐ DISURIA ☒ HEMATÚRIA ☐ PIÚRIA

## OBS:

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Lesão traumática Trauma abdominal Ligado 26/04/15  
Desligado 13:50:30hs

## EXAMES SOLICITADOS / RESULTADOS:

6) SF 0,9% 234 ml  
7) Midazolam 4 amp 50mg  
Tubalib 2 amp 10mg  
Midazolam 3 amp 10mg

## TERAPIA REALIZADA: (MEDICAÇÃO E MATERIAL)

- 1) Rano
- 2) CT de urina
- 3) Pnmtx
- 4) RL
- 5) SVD

Check de toxas: 1 unidade de  
Pnmtx  
Check de toxas: 1x de fuma  
labial

Caso paciente chegou instável, foi administrado 1000 ml de RL com instabilidade do quadro. Paciente foi encaminhado para o Rano, avaliando com instabilidade de hemodinâmica PA = 70 x 50, FC = 112,  $SpO_2 = 94\%$  e ECG = 4. Devido à instabilidade e relaxamento do membro de consciência, realizou SOT e administração 1000 ml de RL. Solicito 3 CH e 700 ml de plasma. Entre em contato com serviços Terapias Intensas e ortopédica.

## AValiação DA ESPECIALIDADE:

Dr. Ronaldo

## ENCAMINHAMENTO:

☐ OBSERVAÇÃO ☐ SETOR AMARELO  
☐ EMERGÊNCIA ☒ INTERNAÇÃO

Dra. Ludmila Almeida Silva  
CRM 150.261

## MÉDICO:

Lisley A. Neto Oliveira  
CORREN 979121  
Técnico de Enfermagem

01-abocath 18  
02-camisa 18x20  
03-camisa 18x20  
04-camisa 18x20  
05-camisa 18x20  
06-camisa 18x20  
07-camisa 18x20  
08-camisa 18x20  
09-camisa 18x20  
10-camisa 18x20  
11-camisa 18x20  
12-camisa 18x20  
13-camisa 18x20  
14-camisa 18x20  
15-camisa 18x20  
16-camisa 18x20  
17-camisa 18x20  
18-camisa 18x20  
19-camisa 18x20  
20-camisa 18x20



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOAQUIM DA SILVA MANGUEIRA

RG nº 3.830.580, data de expedição 22/11/12 Órgão SSP/PA

CPF nº 015.819.503-57, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante 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>50</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>UNITÁRIOS</u>
Cidade	<u>CRISTINO CASTRO</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>84.920.000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CRISTINO CASTRO - PI, 12/07/2015

Assinatura do Declarante: João da Silva Mangueira



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIAUÍ  
CNPJ: 06.845.747/2000-27  
AV. MAL. CASTELO BRANCO, 101 N - CEP: 64.002-610  
FONE GERAL: 3216-6300

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

08000 85 8888

MATRÍCULA : 27344096

MÊS/ANO : 06/2015

VENCIMENTO : 29/06/2015

MARIA DA SILVA SANTOS  
RUA JOAO VITORINO DA SILVA, NUM. 9/N  
MUTIRAO

CRISTINO CASTRO PI 64920-000  
INSCRIÇÃO 311.001.008-1370.00

CATEGORIA	ECONOMIAS	WIDRMBYS	ROTA 002.0006	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1		12	NÃO MEDIDO	48361625
DT. LEIT. ANTER.	DT. LEIT. ATUAL	DIAS	LEIT. ANTERIOR	LEIT. ATUAL	MÉDIA
MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.

DESCRIÇÃO

TARIFA DE AGUA

VALORES(R\$)

29,40

DEMONSTRATIVO DE IMPOSTOS

Base de Cálculo:	29,40
IR:	1,41
CSTL:	0,29
COPINS:	0,28
PIS/PASEP:	0,29

TOTAL A PAGAR(R\$)

29,40

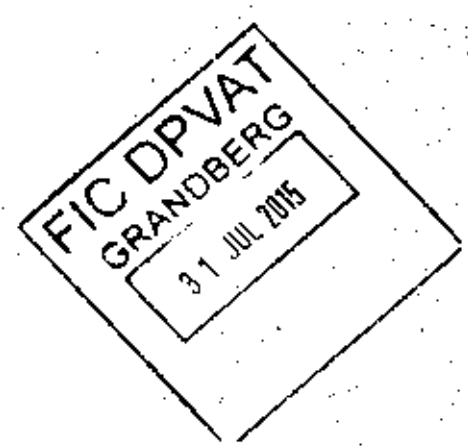
MÉDIA MENSAL DOS PARÂMETROS BÁSICOS DE QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR

Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 512/M6
turbidez	0,43	5,0
Ph	5,36	6,0 A 9,5
Cor	2,75	10,0
Cloro	1,90	0,2 A 5,0

Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 512/M6
Floror		1,5
Ferro	0,00	0,3
Colif. Totais	Ausente	0
Colif. Fecais	Ausente	0

000.144

AUTENTICAÇÃO CRÔNICA

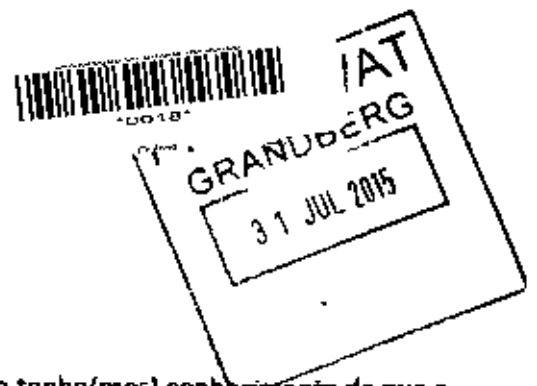




### Fatura Mensal

[illegible][illegible]

23 FEB 2018



### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

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

	NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1.	MARIA ISADORA MENEZES MARQUES	FILHA	59.322.810-8	490.251.158-60
2.	ONATIAS MENEZES MARQUES	FILHA	59.322.718-9	490.251.798-19
3.	ANDRESSA RICHY DE MENEZES	FILHA	59.322.477-2	489.989.058-33
4.				
5.				

(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

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

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

Cristino Castro - PI, 13.07.15  
LOCAL E DATA

João Paulo da Silva Marques  
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

### DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIROS(S) LEGAL(ES) MENORES DE MADE (\*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>JOSE AGUIAR DAS FERRAS</u>	<u>543.356 DF</u>	<u>138.232.283-34</u>	<u>João Paulo da Silva Marques</u>
2. <u>JOÃO SOARES DE SOUSA</u>	<u>2841.846-PI</u>	<u>004.673.434-73</u>	<u>João Paulo da Silva Marques</u>

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			



Reconheço as Fimbas e assinaturas de: João Paulo da Silva Marques e João Soares de Sousa

Em Testemunho 138 da verdade  
Custas R\$: 7,20  
Cristino Castro - PI, 14/07/2015  
João Paulo da Silva Marques

# 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 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 MENEZES MARQUES-FILHA		59.322.840-8	490.251.188-60
2. JONATHAS MENEZES MARQUES	FILHO	59.322.718-9	490.251.798-19
3. ANDRESSA RIELLY DE MENEZES	FILHA	20.17.127879-2	489.989.058-33
4.			
5.			

(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(amos), ainda, que a vítima ( ) não deixou companheira(o) ou (x) deixou companheira(o) de nome JOAQUIM DA SILVA MARQUES.

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

CRISTINO CASTRO, 10/01/18  
LOCAL E DATA

x Joaquin da Silva Marques  
ASSINATURA DO DECLARANTE

CRISTINO CASTRO, 10/01/18  
LOCAL E DATA

x Joaquin da Silva Marques  
ASSINATURA DO DECLARANTE

CRISTINO CASTRO, 10/01/18  
LOCAL E DATA

x Joaquin da Silva Marques  
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

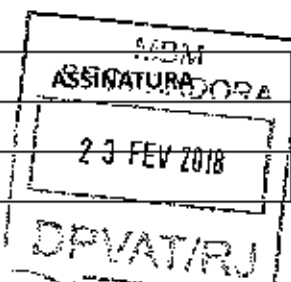
ASSINATURA DO DECLARANTE

## 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
1.		
2.		



## (\*) 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).

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

0097090570 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/7/1990

MARIA JOCEMIR DE MENEZES

PAI: JOSE SABINO DE MENEZES E FRANCISCA CHAGAS DE MENEZES

ANTERIORIDADE DATA DE NASCIMENTO

CAJAZEIRAS-PB 14/4/1982

DOC ORIGINAL CERT. NASC. 4877 L A 5 F

220 IPAUMIRIM CE.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

0012

CARTÃO DE IDENTIDADE

Nome: MARIA JOCEMIR DE MENEZES

DATA DE NASCIMENTO: 14/04/82

CPF: 0097090570

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válido e organizado por tabelas, cujo uso é obrigatório na legislação vigente.

Nome: MARIA JOCEMIR DE MENEZES

CPF: 0097090570

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 17/08/99

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria de Receita Federal

GPE - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: MARIA JOCEMIR DE MENEZES

Nº de inscrição: 892115023-49

Data de nascimento: 14/04/82

