



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**, brasileiro, solteiro, afastado, portador da cédula de identidade sob o nº 34.213.211-8 e inscrito com CPF sob o nº 540006533-34, residente e domiciliado na Localidade Quirino, zona-rural Crateús, /CE CEP: 63700-000, **DECLARO** para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que sou residente e domiciliado na Localidade Quirino, zona-rural Crateús, /CE CEP: 63700-000, Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, *in verbis*:

*“Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.  
Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular.”*

Crateús-CE, 16 de junho de 2017.



*Marcos Antonio Marques de Paula*  
**MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**

SABEMI SEGURODORA S/A

19 OUT 2017

RECEBIDO



SISTEMA INTEGRADO DE SANEAMENTO RURAL - BPA

AV. SARGENTO HERMINIO 1452 - SÃO VICENTE

CONTA D'ÁGUA

CRATEUS - CE - CEP. 63.700-000

P.J. 04.805.566/0001-41 - Fone: (88) 3691-0506

FOLHA: 1/1

ASSOCIAÇÃO DE PRODUTORES RURAIS DE QUIRINO  
 ASSOC. COM. DE PEO. PRODUTORES RURAIS DE QUIRINO CNPJ 35.045.525/0001-28  
 INSCRIÇÃO 00231774 PAR RES RES COM IND PUB OUT Nº CONTA 170095361 EMISSÃO 15/05/17 MES/FAT MAI/2017

ANTONIO MARQUES DE PAULA  
 QUIRINO  
 QUIRINO CEP: 63.700-000 LOCALIZAÇÃO 00.16.16.0008000000  
 CRATEUS CEARA LOCALIZAÇÃO

ENDEREÇO DE ENTREGA LOCALIZAÇÃO

ULTIMOS CONSUMOS				SERVIÇOS E TAXAS			
MES/FAT	CONS.	OCO	DC	COD	DESCRIÇÃO	PREST.	VALOR
MAI/17	27	000	30	001	ÁGUA		11,75
ABR/17	18	000	031	016	Multa por Atraso - 02/2017		0,44
MAR/17	04	000	028	017	Encargos (02/2017) 54 dias		0,54
FEV/17	11	000	031	029	OPERADOR		4,00
JAN/17	04	000	031	030	ENERGIA		5,75
DEZ/16	09	000	030	031	TX ADMINISTRATIVA		3,00
NOV/16	06	000	031				
MÉDIA: 00008							

HIDROMETRIA  
 HORÍMETRO: INSTALAÇÃO: LEIT. ANT. DT. LEITURA: LEIT. ATUAL: DT. LEITURA: CONSUMO: DIAS: CONSUMO: OCO: LEITURISTA  
 A15E194431 20/10/15 0096 01/04/17 023 01/05/17 0027 30 000 000

PARAMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA  
 Portaria 2.814 de 12/12/2011 - Valores máximos permitidos  
 Reservatório: Período: 2  
 Parâmetros Cor pH Cloro Turbidez Enxof. Col. Total  
 Padrão até 150 até 8,3 até 5,0 mg/L até 5 mg/L até 1,5 mg/L  
 Clúidos  
 Cloro Análise

"ÁGUA: NECESSÁRIA PARA GARANTIR A VIDA, USE COM CONSCIÊNCIA"

MULTA ENCARGOS DIÁRIOS MESES EM DÉBITO  
 2% 1,10 0,033% 0,02 MAR/2017, ABR/2017  
**VENCIMENTO 10/06/2017 VALOR R\$ 55,18**  
 CONSUMIDOR

**2747391-0**  
 Para apitar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética de Ceará  
 foi criada pela Lei nº 03.439  
 de 26 de abril de 2002  
 CEP 60035-0-0 | Fortaleza, CE  
 CNPJ 07042261/0001-70 | CCF 05.105.868-8



**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 490166334  
 Nota 14 38000 02 405000 - 0 Data de Emissão 22/08/2017  
 Nome ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA  
 End. Postal RU DOM PEDRO II 00525 SL 01 ALTOS CENTRO - CRATEUS - 63700000  
 Medidor 11598203  
 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO  
 RG / CPF / CNPJ 600189963-02  
 Nome do Responsável  
 Poste 0000 0000  
 Fator de Potência 0,00  
 CGF

**DATAS**

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Ago/2017	22/08/2017	21/09/2017

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**  
 Veja a legenda no verso desta conta.

Mês	CATELUS			ELSD		
	Contorno	Jun/2017	ELSD	Contorno	Jun/2017	ELSD
Jun/2017	0,00	0,00	6,98	0,00	0,00	0,00

**ICMS**

Base do Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
IBENTO		
7322,5041.6528.2504.1450.1377.0034		

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Uel.	Const. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
659	658	1,00	32	0,00	32	0,52840	16,65

**DESCRIÇÃO**

VALOR CONSUMO DO MES	16,65
MULTA MORATORIA REF 07/2017	0,31
JUROS DO MES	0,06
SEGURO SUPER 3 + 1 - PRATIL 0800-600-0560	3,86
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-20,88
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 0,88 )	

19 OUT 2017

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
00,00	0,00

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Enerais	0,96
Transmissão	0,79
Distribuição	1,40
Encargos Setoriais	1,87
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	0,63
<b>TOTAL</b>	<b>16,65</b>

**HISTÓRICO DE CONSUMO** (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**  
 Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
 Emissão kg (CO<sub>2</sub>) 13,83 | Compensado kg (CO<sub>2</sub>) 0,00 | Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>) 0

**INFORMAÇÕES INROCORANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

Consta desta fatura R\$ 0,63 referente a PIS e COFINS. 41 (quarzes: PIS-0,628 e COFINS-0,04)

Nº do Cliente: 2747391-0 Referência: Ago/2017  
 Data de Emissão: 22/08/2017 Total a Pagar (R\$): 0,00  
 Nº da Nota Fiscal: 490166334 Nº de Controle: 0002747391 00163 39702 83

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



\*0004\*

Documento de Identificação

Eu, MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA, portador da carteira de identidade nº 34.253.233-8 e inscrito no CPF/MF sob o nº 540.006.533-34, residente e domiciliado na RUA LOCALIDADE QUIRINO, ZONA-RURAL, Cidade CRATEÚS, Estado CEARÁ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Marcos Antonio Marques de Paula

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

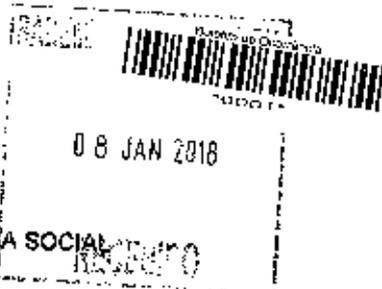
Cratúis, 09 de agosto de 2017

Local e data

19 OUT 2017



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL  
 DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 2292 / 2017**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **14/06/2017 11:11:29**  
 Data / Hora da Ocorrência: **18/01/2016 18:00:00**  
 Endereço da Ocorrência: **ESTRADA QUE LIGA CRATEUS A IPOJUCA**  
 Complemento:  
 Bairro:  
 Município: **CRATEUS/CE**  
 Ponto de Referência: **LOC DO QUIRINO**

**Dados da(s) Vitima(s)**

Nome: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
 Nascimento: **28/07/1973** CPF: **540.006.533-34**  
 RG : Orgão Emissor:  
 Filiação: **ANTONIA JOSE DE PAULA**  
**ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
 Endereço: **RUA LOC QUIRINO**  
 Bairro: **ZONA RURAL**  
 Município: **CRATEUS/CE**  
 País: **BRASIL**

Telefone: **(11) 95412-1568**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OIN2886** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:  
**9C2KD0550CR304465** Renavam: **478004630** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano  
 Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
 Cor: **PRETA** Proprietário: **MARCIO DE MORAIS PALHARES** Situação:  
**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

**Histórico**

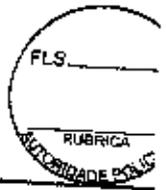
A VITIMA INFORMA QUE VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA OIN2886 NA DATA E HORÁRIO A CIMA NA ESTRADA QUE LIGA CRATEUS A IPOJUCA E QUANDO ESTAVA NA LOCALIDADE DE QUIRINO A MOTOCICLETA DERRAPOU, POIS ESTAVA INICIANDO A CHUVA; QUE A ESTRADA É DE BARRO E QUE COM A DERRAPAGEM A VITIMA VAIO AO SOLO; QUE A VITIMA AINDA APOIO COM A MAO ESQUERDA O SEU CORPO NA HORA DO ACIDENTE; QUE A VITIMA ENTÃO "APAGOU" E SO LEMBRA QUE ESTAVA NO HOSPITAL SAO LUCAS; QUE NO SAO LUCAS FOI ATENDIDO PELO PROFISSIONAL JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR; QUE A VITIMA PASSOU POR VÁRIOS EXAMES E QUANDO RETORNOU A SUA CONSCIÊNCIA SOU QUE TINHA FRATURADO A CLAVÍCULA DIREITA, ESCORIAÇÕES NAS COSTELAS, E FRATURA NA MAO ESQUERDA EM CINCO PARTES; QUE A VITIMA JA FEZ DUAS CIRURGIAS NA MAO ESQUERDA; QUE A VITIMA SENTE DORES E NAO CONSEGUE AINDA MOVIMENTAR , EM SUA PLENITUDE, A SUA MAE ESQUERDA, E NADA MAIS DISSE.//////

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO QUEIXOSO, SENDO AO MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE CRIME NÃO OCORRIDO OU FATO INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI (ART. 339 E 340 DO CPB).

Marcos Pontes Cava  
 Escrivão de Polícia  
 1411 For. Jov. 1411



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL  
 DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 2292 / 2017**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

**MARCELO PONTES CAVALCANTE - MAT.: 3009391**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Marcelo Pontes Cavalcante*

**VISTO DO DELEGADO(A):**

**ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1**







**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 2292 / 2017**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

*MP*  
**MARCELO PONTES CAVALCANTE - MAT.: 3009391**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Marcelo Antonio Marques de Pa*

**VISTO DO DELEGADO(A):**

**ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-**



NI 2017/05099



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



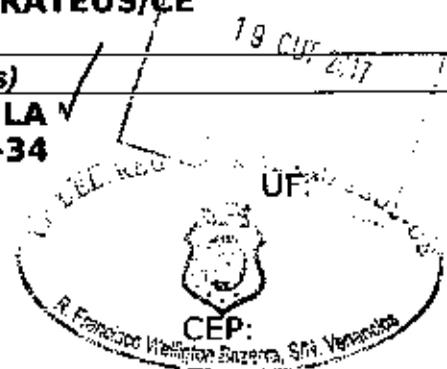
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 2292 / 2017 ✓

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **14/06/2017 11:11:29**  
Data / Hora da Ocorrência: **18/01/2016 18:00:00** ✓  
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA QUE LIGA CRATEUS A IPOJUCA**  
Complemento:  
Bairro: Município: **CRATEUS/CE**  
Ponto de Referência: **LOC DO QUIRINO**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA** ✓  
Nascimento: **28/07/1973** CPF: **540.006.533-34**  
RG : Orgão Emissor:  
Filiação: **ANTONIA JOSE DE PAULA**  
**ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
Endereço: **RUA LOC QUIRINO**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **CRATEUS/CE**  
País: **BRASIL** Telephone: **(11) 95412-1568**



**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OIN2886** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:  
**9C2KD0550CR304465** Renavam: **478004630** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano ✓  
Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
Cor: **PRETA** Proprietário: **MARCIO DE MORAIS PALHARES** Situação:  
**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL** ✓

**Histórico**

A VITIMA INFORMA QUE VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA OIN2886 NA DATA E HORÁRIO A CIMA NA ESTRADA QUE LIGA CRATEUS A IPOJUCA E QUANDO ESTAVA NA LOCALIDADE DE QUIRINO A MOTOCICLETA DERRAPOU, POIS ESTAVA INICIANDO A CHUVA; QUE A ESTRADA É DE BARRO E QUE COM A DERRAPAGEM A VITIMA VAIO AO SOLO; QUE A VITIMA AINDA APOIO COM A MAO ESQUERDA O SEU CORPO NA HORA DO ACIDENTE; QUE A VITIMA ENTÃO "APAGOU" E SO LEMBRA QUE ESTAVA NO HOSPITAL SAO LUCAS; QUE NO SAO LUCAS FOI ATENDIDO PELO PROFISSIONAL JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR; QUE A VITIMA PASSOU POR VÁRIOS EXAMES E QUANDO RETORNOU A SUA CONSCIÊNCIA SOU QUE TINHA FRATURADO A CLAVÍCULA DIREITA, ESCORIAÇÕES NAS COSTELAS, E A FRATURA NA MAO ESQUERDA EM CINCO PARTES; QUE A VITIMA JA FEZ DUAS CIRURGIAS NA MAO ESQUERDA; QUE A VITIMA SENTE DORES E NAO CONSEGUE AINDA MOVIMENTAR , EM SUA PLENITUDE, A SUA MAE ESQUERDA. E NADA MAIS DISSE.//////

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO QUEIXOSO, SENDO AO MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE CRIME NÃO OCORRIDO OU FATO INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI (ART. 339 E 340 DO CPB).

Marcelo Poltes Cavalcante  
Escrivão de Polícia Civil  
Mat. Funcionário 200344



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 2282 / 2017**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

*[Signature]*  
**MARCELO PONTES CAVALCANTE - MAT.: 30093917**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*[Signature]*  
**ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4**

**VISTO DO DELEGADO(A):**

*[Signature]*  
**ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4**



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.

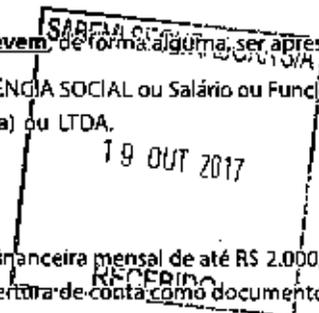
EU, **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**

PORTADOR(A) DO RG Nº **34.213.211-8** EXPEDIDO POR **SSP/CE** EM **26/03/2014** E  
 CPF **540006533-34** / CNPJ **00000000-0000-00**, PROFISSÃO **DESEMPREGADO**  
 E RENDA MENSAL DE R\$ **0** (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA** 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** ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL; atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](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 **104** Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **4091** Nº da CONTA (com dígito, se existir) **00028761-5**

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

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

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.

**Protuins** de **09** de **agosto** de **2017**  
 LOCAL E DATA

**Marcos Antonio Marques de Paula**  
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

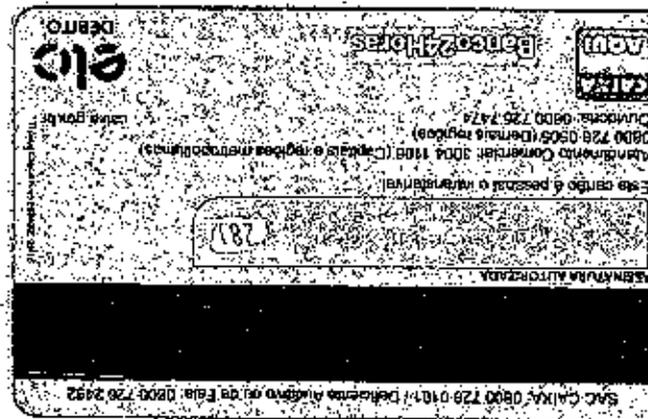
- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e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



SABEMI SEGURADORA S/A

19 OUT 2017

RECEBIDO



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

**Sinistro:** 3170559931  
**Vítima:** MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA  
**Data do Acidente:** 18/01/2016  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA

**Assunto:** INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

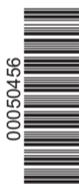
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170559931** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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**



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA  
**Nº Sinistro:** 3170559931  
**Vitima:** MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA  
**Data do Acidente:** 18/01/2016  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA

**Assunto:** EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170559931**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

**Aos Cuidados de:** MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA  
**Nº Sinistro:** 3170559931  
**Vitima:** MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA  
**Data do Acidente:** 18/01/2016  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA

**Assunto:** EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170559931**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**

Sinistro: **3170559931**  
Vítima: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
Data do Acidente: **18/01/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA**

**Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

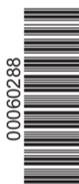
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170559931** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta nº: 11850440

A/C: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170559931 ASL-0405095/17  
Vitima: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA  
Data Acidente: 18/01/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/01/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

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 **Sabemi 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, 17 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
Nº Sinistro: **3170559931**  
Vitima: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
Data do Acidente: **18/01/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170559931**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta nº: 11849186

A/C: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170559931 ASL-0405095/17**  
**Vítima: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
**Data Acidente: 18/01/2016**  
**Natureza: INVALIDEZ**  
**Procurador: ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA**

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 Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0405095/17

**Número do Sinistro:** 3170559931

**Vítima:** MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

**CPF:** 540.006.533-34

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 18/01/2016

**Titular do CPF:** MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/10/2018  
Nome: ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA  
CPF: 600.189.963-02

\_\_\_\_\_  
ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018  
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO  
CPF: 011.566.373-84

\_\_\_\_\_  
KARINE SANTANA ROMUALDO



# INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA, brasileiro, solteiro, afastado, portador da cédula de identidade sob o nº 34.213.211-8 SSP/CE, inscrito no CPF nº 540.006.533-34, residente e domiciliado na Localidade Quirino, zona-rural, Crateús/CE, Ceará, CEP 63700-000.

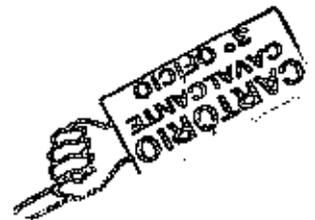
**OUTORGADO:** ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA, brasileira, solteira, bacharel em direito, inscrita com o CPF sob o nº 600.189.963-02, com escritório profissional na Rua Dom Pedro II, Nº 525 Sala 06, Altos, Centro, Crateús/CE CEP; 63700-000 e-mail: maia.juris@hotmail.com.

**Poderes:** Por este instrumento particular de procuração, o a outorgante nomeia e constitui outorgado seu bastante procurador, para fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito ao Sr. ANTONIO CARLO FERREIRA ocorrido em 26/03/2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Declaro que dou plenos poderes, para me representar como correspondente do meu Seguro DPVAT, encaminhar, receber, retirar ou entregar qualquer tipo de documento, assinar declarações, autorização de pagamento/ Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, enfim inclusive acompanhamentos em geral oriundo do Dpvat.

Sém mais.

Crateús, Ceará 28 de novembro de 2017.



*Marcos Antonio Marques de Paula*  
MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA



Reconheço a(s) firma(s) por ser a mesma de <i>Marcos Antonio Marques de Paula</i>	
Dou fé. CRATEUS-CE	
29 NOV 2017	
Em Test. de Verdade.	
<input type="checkbox"/>	Belª Savânia Barreto Cavalcante
<input type="checkbox"/>	Junior Pinheiro Ferreira
<input type="checkbox"/>	Soraya Barreto Cavalcante
VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE	

CARTÓRIO  
Rua Cel.  
Centro - Fone:  
CRATEUS - CEARÁ

CARTÓRIO CAVALCANTE  
3º Ofício Registro de Imóveis  
Praça do Comércio Offbeat  
Bairro de São José

SERVIÇOS DE INTERMEDIARIAÇÃO DE SEGUROS - DPVAT - 08/06/2017 - 12:08 - 0100003861



**INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO**

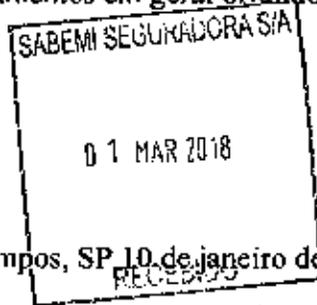
**OUTORGANTE:** MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA, brasileiro, solteiro, afastado, portador da cédula de identidade sob o nº 34.213.211-8 SSP/CE, inscrito no CPF nº 540.006.533-34, residente e domiciliado na Localidade Quirino, zona-rural, Crateús/CE, Ceará, CEP 63700-000.

**OUTORGADO:** ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA, brasileira, solteira, bacharel em direito, inscrita com o CPF sob o nº 600.189.963-02, com escritório profissional na Rua Dom Pedro II, Nº 525 Sala 06, Altos, Centro, Crateús/CE CEP; 63700-000 e-mail: maia.juris@hotmail.com.

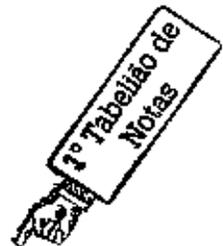
**Podere:** Por este instrumento particular de procuração, o a outorgante nomeia e constitui outorgado seu bastante procurador, para fim especial de requer junto a qualquer seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de transito ao Sr. MARCOS ANTONIO DE PAULA, conforme registrado pelo B.O anexo ai processo.

Declaro que dou plenos poderes, para me representar como correspondente do meu Seguro DPVAT, encaminhar, receber, retirar ou entregar qualquer tipo de documento, assinar declarações, autorização de pagamento/ Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, enfim inclusive acompanhamentos em geral oriundo do Dpvat.

Sem mais.



São José dos Campos, SP 10 de janeiro de 2018.



*Marcos Antonio Marques de PAULA*  
**MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**

**1º Cartório de Notas** - Tabelião: Laura Ribeiro Vissotto  
R. Coronel José Monteiro, 314 - Centro - São José dos Campos/SP - CEP 12245-140  
tel: (12) 3202.5909 - fax: (12) 3202.5949 - www.tatamoraes.com.br

Reconheço por autenticidade, a firma de:  
[i] MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA...

São José dos Campos, 10 de Janeiro de 2018

Em test... da verdade.

MARILE FIGUEIRAS ALVES A. DE ALMEIDA - ESCRIVÃO  
Total: R\$15,30 Sala(s): 1007-00021784



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170559931 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA **Data do acidente:** 18/01/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO  
FRATURA DO 4º E DO 5º METACARPOS ESQUERDOS

**Descrição do exame médico pericial:** CICATRIZES CIRÚRGICAS NO PUNHO E NO DORSO DA MÃO ESQUERDA, DEFORMIDADE ESTRUTURAL COM AFUNDAMENTO AO NÍVEL DO 4º E 5º METACARPOS, LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DE FLEXÃO DO 4º E 5º DEDOS, DEFORMIDADE NO 5º DEDO, LIMITAÇÃO GRAVE DE FLEXOEXTENSÃO, ADUÇÃO E ABDUÇÃO DO PUNHO ASSOCIADO A DEFORMIDADE ESTRUTURAL COM ANTERIORIZAÇÃO DA ULNA, DIMINUIÇÃO MODERADA DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR E HIPOTROFIA MODERADA/GRAVE HIPOTENAR E LEVE TENAR.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE NO PUNHO E NA MÃO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO. EVOLUIU COM INFECÇÃO E PSEUDOARTROSE, NECESSITANDO DE NOVAS CIRURGIAS. APRESENTA RESUMO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR DATADO DE 02/05/2018 DO HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DS CAMPOS QUE REFERE DEFORMIDADE PÓS-TRAUMÁTICA DO 4º E 5º METACARPOS ESQUERDOS E RECEBE ALTA E SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE DO 4º E 5º METACARPOS.FEZ FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA EM NOVEMBRO DE 2018.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/11/2018

### Conduta mantida:

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TÉRMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MÃO ESQUERDA, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Médico examinador:** GREIVE FREITAS CAVALCANTE

**CRM do médico:** 9050

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

**PRESTADOR**

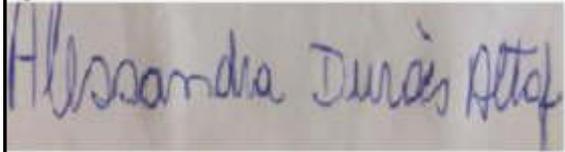
TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** ALESSANDRA DURAES ALTAF

**CRM do médico:** 016562

**UF do CRM do médico:** CE

**Assinatura do médico:**

A rectangular area containing a handwritten signature in blue ink. The signature reads "Alessandra Duraes Altaf".



# INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA, brasileiro, solteiro, encarregado geral, portado da cédula de identidade sob o nº 34.213.211-8, inscrito no CPF nº 540.006.533-34, residente e domiciliado na cidade de Localidade Quirino, zona-rural Crateús/CE, Ceará, CEP 63700-000.

**OUTORGADO:** ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA, brasileira, solteira, bacharel em direito, inscrita com o CPF sob o nº 600.189.963-02, com escritório profissional na Rua Dom Pedro II, Nº 525 Sala 06, Altos, Centro, Crateús/CE CEP: 63700-000 e-mail: maia.juris@hotmail.com.

**Poderes:** Declaro que dou plenos, para me representar como correspondente do meu Seguro DPVAT, encaminhar, receber, retirar ou entregar qualquer tipo de documento, inclusive acompanhamentos em geral.

Sem mais.

**CARTÓRIO  
CAVALCANTE  
3.º OFÍCIO**

SABEMI SEGURADORA S/A  
19 OUT 2017  
RECEBIDO

Crateús, Ceará 05 de setembro de 2017.

*Marcos Antonio Marques de Paula*  
**MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**

RECONHECIMENTO (S) DE ASSINATURA (S) QUE SE ENCONTRA(S) EM SEU(S) DOCUMENTO(S) AUTÉNTICO(S)

*MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA*

Dou fé. CRATEÚS-CE

Em Test. de Verdade.

13 SET. 2017

Sra. Sílvia Barreto Cavalcante  
 Sra. Marlene Ferreira  
 Sra. Solaya Barreto Cavalcante

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

SELO DE AUTENTICIDADE  
 Nº 02750-02  
 Nº 02750-02  
 Nº 02750-02

CRATEÚS - CEARÁ  
 Centro - Fone: 1691-0194

**CARTÓRIO CAVALCANTE**  
3.º Ofício Registro de Imóveis  
Paulo Roberto Cavalcante  
Escritório: 11111111111111111111

UNIDADES DE CLINICAS MEDICA E CIRURGICAS

Nome: Wilson Antonio Marques de Paula  
 Data de Nascimento: 23/07/73 UNID: 403  
 Unidade de Internação: Posto 403 Paulo  
 Histórico Diagnóstico: Asbestose Pulmão

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE D  
 RH: 000970240 NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAU  
 PRE: ANTONIA JOSE DE PAULA  
 DT: NMSC.: 23/07/1973 SEXO: M IMP.: 10/08/2018 0

DIÁRIOS	GANHOS										PERDAS				OUTROS					
	AGR	DENTRO	PVC	DIETA VO	SNE	ASINO/ GASTROSTOMIA	HEMODERIVADOS	SOROTERAPIA	MEDICAÇÃO	IPP	DIURESE	EVACUAÇÃO	SONDA EM SIFONAGEM	DRENO	ILEOSTOMIA	COLOSTOMIA	ASPIRAÇÃO	DECÚBITO	ACOMPANHANTE	ASSINATURA E CARIMBO
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																				

LA MORTES...  
 CONDIÇÃO...  
 DATA...  
 LOCAL...  
 ASSINATURA...  
 CARIMBO...

SABEMI SEGURADORA S/A  
 29 OUT 2018  
 RECEBIDO

DIURESE 24H: \_\_\_\_\_ DRENO DE TORAX 24H: \_\_\_\_\_ BALANÇO 24H: \_\_\_\_\_  
 ODI: Ovoidado Dorso/Forzomil OUE: Drenado Uretri Equivado OUD: Drenado Lapara Drua  
 1-2-3-4 Pequena quantidade 2-3-4-5 Moderada quantidade 3-4-5-6 Grande quantidade  
 PR: Pacotes S: Sólida L: Líquida  
 LEGENDA ACOMPANHANTE: S: SIM - N: NÃO  
 Divisão de Enfermagem - Via Direta - Presidente  
 1º Edição - Maio/2018



PRESCRIÇÃO MÉDICA



**MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA** | Av. | Nº

IDADE: **42** | SEXO: **MASCULINO** | ESPECIALIDADE: **ORTOPEDIA** | D.N. #

DIAGNÓSTICO: **POS OP CORREÇÃO DE FRATURA DE RADIO DIGITAL E**

EM: **570240** | DATA DA PRESCRIÇÃO: **15/06/16**

QUANTIDADE	PRESCRIÇÃO MÉDICA	DOSE	VIA	FREQUÊNCIA	HORA INÍCIO	ROTAÇÃO
1	DIETA ORAL GERAL					
2	AVP					
3	KEFAZOL 1G, EV, 8/8H					
4	DIPIRONA 1G, EV, 6/6H					
5	CETOPROFENO 100MG + 100ML SF 0,9%, EV, 12/12H					
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9%, EV, 8/8H (S/N)					
7	OMEPRAZOL 40MG, VO, 1CP, CEDO EM JEJUM					
8	PLASIL 10MG, EV, 8/8H, S/N					
9	CUIDADOS GERAIS					
10	SINAIS VITAIS DE 6/6H					
11						
12	<b>FISIOTERAPIA MOTORA PARA DEDOS DA MÃO ESQUERDA</b>					
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						

**Clínica Interdisciplinar**  
 Hospital Municipal de São Carlos  
 Rua São João nº 100 - São Carlos - SP  
 13105-000  
 16 ECV 2017

Dispensado por: \_\_\_\_\_ Contido por: \_\_\_\_\_ Recebido por: \_\_\_\_\_

Ao prescrever, ciente a padronização de medicamentos

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE**  
 Rua São João N.º 100 - Vila Industrial - São José dos Campos / SP - CEP: 22240-280 - Tel.: (12) 3901-3400

SABEMI SEGURADORA S/A

29 OUT 2018

RECEBIDO

UNIDADES DE CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICAS

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ D

NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

NOME DO PACIENTE: Marcos Antônio Marques

DATA DE NASCIMENTO: 19/07/1973

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: INTERNAÇÃO

RH: 0800570246

RAE: ANTÔNIA JOSÉ DE PAULA  
 D1: NASC.: 23/07/1973 SEXO: M IMP.: 13/06/2016 19:53

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (NANDA)

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (NCE)

HORA(S)

Diagnóstico 1	Diagnóstico 2	Diagnóstico 3	Diagnóstico 4	Diagnóstico 5	Diagnóstico 6
1. (1.2.0, 1.0, 12.20, 21, 27) Manter Decúbito sim. ( ) 90° ( ) 30° ( ) 45° ( ) 90°	2. (1.1) Nutrição Desequilibrada	3. (1.1) Risco de Desequilíbrio de Volume de Líquidos	4. (1.1) Eliminação Urinária Prejudicada	5. (1.1) Risco de Inatividade Social/Intimidade Deteriorada	6. (1.1) Troca de Gases Prejudicada
7. (1.1) Mobilidade Física Prejudicada	8. (1.1) Risco de Infecção e de Lesão	9. (1.1) Dileite cardíaco deprimido	10. (1.1) Perfusão Respiratória Insuficiente	11. (1.1) Perfusão Tissular Periférica Insuficiente	12. (1.1) Ventilação espontânea prejudicada
13. (1.1) Dor no Autocuidado: Baixo	14. (1.1) Perícia no Autocuidado: Higiene Intima	15. (1.1) Controle Algora	16. (1.1) Comunicação Verbal Prejudicada	17. (1.1) Atalectose	18. (1.1) Ansiedade
19. (1.1) Risco de Infecção	20. (1.1) Risco de Aspiração	21. (1.1) Desemboço Insuficiente das vias aéreas	22. (1.1) Risco de aburgão neuromuscular periférica	23. (1.1) Risco de Integridade de Pele Prejudicada	24. (1.1) Mucosa Ora Prejudicada
25. (1.1) Risco de Sanguinamento	26. (1.1) Risco de Desaquecimento da Temperatura Corporal	27. (1.1) Dor Aguda	28. (1.1) Dor Crônica	29. (1.1) Risco para Feridas	30. (1.1) Risco para Queda
31. (1.1) Risco para Lesão por Pressão	32. (1.1) Risco Nutricional	33. (1.1) Risco de Infecção	34. (1.1) Risco de Infecção	35. (1.1) Risco de Infecção	36. (1.1) Risco de Infecção
37. (1.1) Risco de Infecção	38. (1.1) Risco de Infecção	39. (1.1) Risco de Infecção	40. (1.1) Risco de Infecção	41. (1.1) Risco de Infecção	42. (1.1) Risco de Infecção
43. (1.1) Risco de Infecção	44. (1.1) Risco de Infecção	45. (1.1) Risco de Infecção	46. (1.1) Risco de Infecção	47. (1.1) Risco de Infecção	48. (1.1) Risco de Infecção
49. (1.1) Risco de Infecção	50. (1.1) Risco de Infecção	51. (1.1) Risco de Infecção	52. (1.1) Risco de Infecção	53. (1.1) Risco de Infecção	54. (1.1) Risco de Infecção
55. (1.1) Risco de Infecção	56. (1.1) Risco de Infecção	57. (1.1) Risco de Infecção	58. (1.1) Risco de Infecção	59. (1.1) Risco de Infecção	60. (1.1) Risco de Infecção
61. (1.1) Risco de Infecção	62. (1.1) Risco de Infecção	63. (1.1) Risco de Infecção	64. (1.1) Risco de Infecção	65. (1.1) Risco de Infecção	66. (1.1) Risco de Infecção
67. (1.1) Risco de Infecção	68. (1.1) Risco de Infecção	69. (1.1) Risco de Infecção	70. (1.1) Risco de Infecção	71. (1.1) Risco de Infecção	72. (1.1) Risco de Infecção
73. (1.1) Risco de Infecção	74. (1.1) Risco de Infecção	75. (1.1) Risco de Infecção	76. (1.1) Risco de Infecção	77. (1.1) Risco de Infecção	78. (1.1) Risco de Infecção
79. (1.1) Risco de Infecção	80. (1.1) Risco de Infecção	81. (1.1) Risco de Infecção	82. (1.1) Risco de Infecção	83. (1.1) Risco de Infecção	84. (1.1) Risco de Infecção
85. (1.1) Risco de Infecção	86. (1.1) Risco de Infecção	87. (1.1) Risco de Infecção	88. (1.1) Risco de Infecção	89. (1.1) Risco de Infecção	90. (1.1) Risco de Infecção
91. (1.1) Risco de Infecção	92. (1.1) Risco de Infecção	93. (1.1) Risco de Infecção	94. (1.1) Risco de Infecção	95. (1.1) Risco de Infecção	96. (1.1) Risco de Infecção
97. (1.1) Risco de Infecção	98. (1.1) Risco de Infecção	99. (1.1) Risco de Infecção	100. (1.1) Risco de Infecção	101. (1.1) Risco de Infecção	102. (1.1) Risco de Infecção
103. (1.1) Risco de Infecção	104. (1.1) Risco de Infecção	105. (1.1) Risco de Infecção	106. (1.1) Risco de Infecção	107. (1.1) Risco de Infecção	108. (1.1) Risco de Infecção
109. (1.1) Risco de Infecção	110. (1.1) Risco de Infecção	111. (1.1) Risco de Infecção	112. (1.1) Risco de Infecção	113. (1.1) Risco de Infecção	114. (1.1) Risco de Infecção
115. (1.1) Risco de Infecção	116. (1.1) Risco de Infecção	117. (1.1) Risco de Infecção	118. (1.1) Risco de Infecção	119. (1.1) Risco de Infecção	120. (1.1) Risco de Infecção
121. (1.1) Risco de Infecção	122. (1.1) Risco de Infecção	123. (1.1) Risco de Infecção	124. (1.1) Risco de Infecção	125. (1.1) Risco de Infecção	126. (1.1) Risco de Infecção
127. (1.1) Risco de Infecção	128. (1.1) Risco de Infecção	129. (1.1) Risco de Infecção	130. (1.1) Risco de Infecção	131. (1.1) Risco de Infecção	132. (1.1) Risco de Infecção
133. (1.1) Risco de Infecção	134. (1.1) Risco de Infecção	135. (1.1) Risco de Infecção	136. (1.1) Risco de Infecção	137. (1.1) Risco de Infecção	138. (1.1) Risco de Infecção
139. (1.1) Risco de Infecção	140. (1.1) Risco de Infecção	141. (1.1) Risco de Infecção	142. (1.1) Risco de Infecção	143. (1.1) Risco de Infecção	144. (1.1) Risco de Infecção
145. (1.1) Risco de Infecção	146. (1.1) Risco de Infecção	147. (1.1) Risco de Infecção	148. (1.1) Risco de Infecção	149. (1.1) Risco de Infecção	150. (1.1) Risco de Infecção
151. (1.1) Risco de Infecção	152. (1.1) Risco de Infecção	153. (1.1) Risco de Infecção	154. (1.1) Risco de Infecção	155. (1.1) Risco de Infecção	156. (1.1) Risco de Infecção
157. (1.1) Risco de Infecção	158. (1.1) Risco de Infecção	159. (1.1) Risco de Infecção	160. (1.1) Risco de Infecção	161. (1.1) Risco de Infecção	162. (1.1) Risco de Infecção
163. (1.1) Risco de Infecção	164. (1.1) Risco de Infecção	165. (1.1) Risco de Infecção	166. (1.1) Risco de Infecção	167. (1.1) Risco de Infecção	168. (1.1) Risco de Infecção
169. (1.1) Risco de Infecção	170. (1.1) Risco de Infecção	171. (1.1) Risco de Infecção	172. (1.1) Risco de Infecção	173. (1.1) Risco de Infecção	174. (1.1) Risco de Infecção
175. (1.1) Risco de Infecção	176. (1.1) Risco de Infecção	177. (1.1) Risco de Infecção	178. (1.1) Risco de Infecção	179. (1.1) Risco de Infecção	180. (1.1) Risco de Infecção
181. (1.1) Risco de Infecção	182. (1.1) Risco de Infecção	183. (1.1) Risco de Infecção	184. (1.1) Risco de Infecção	185. (1.1) Risco de Infecção	186. (1.1) Risco de Infecção
187. (1.1) Risco de Infecção	188. (1.1) Risco de Infecção	189. (1.1) Risco de Infecção	190. (1.1) Risco de Infecção	191. (1.1) Risco de Infecção	192. (1.1) Risco de Infecção
193. (1.1) Risco de Infecção	194. (1.1) Risco de Infecção	195. (1.1) Risco de Infecção	196. (1.1) Risco de Infecção	197. (1.1) Risco de Infecção	198. (1.1) Risco de Infecção
199. (1.1) Risco de Infecção	200. (1.1) Risco de Infecção	201. (1.1) Risco de Infecção	202. (1.1) Risco de Infecção	203. (1.1) Risco de Infecção	204. (1.1) Risco de Infecção
205. (1.1) Risco de Infecção	206. (1.1) Risco de Infecção	207. (1.1) Risco de Infecção	208. (1.1) Risco de Infecção	209. (1.1) Risco de Infecção	210. (1.1) Risco de Infecção
211. (1.1) Risco de Infecção	212. (1.1) Risco de Infecção	213. (1.1) Risco de Infecção	214. (1.1) Risco de Infecção	215. (1.1) Risco de Infecção	216. (1.1) Risco de Infecção
217. (1.1) Risco de Infecção	218. (1.1) Risco de Infecção	219. (1.1) Risco de Infecção	220. (1.1) Risco de Infecção	221. (1.1) Risco de Infecção	222. (1.1) Risco de Infecção
223. (1.1) Risco de Infecção	224. (1.1) Risco de Infecção	225. (1.1) Risco de Infecção	226. (1.1) Risco de Infecção	227. (1.1) Risco de Infecção	228. (1.1) Risco de Infecção
229. (1.1) Risco de Infecção	230. (1.1) Risco de Infecção	231. (1.1) Risco de Infecção	232. (1.1) Risco de Infecção	233. (1.1) Risco de Infecção	234. (1.1) Risco de Infecção
235. (1.1) Risco de Infecção	236. (1.1) Risco de Infecção	237. (1.1) Risco de Infecção	238. (1.1) Risco de Infecção	239. (1.1) Risco de Infecção	240. (1.1) Risco de Infecção
241. (1.1) Risco de Infecção	242. (1.1) Risco de Infecção	243. (1.1) Risco de Infecção	244. (1.1) Risco de Infecção	245. (1.1) Risco de Infecção	246. (1.1) Risco de Infecção
247. (1.1) Risco de Infecção	248. (1.1) Risco de Infecção	249. (1.1) Risco de Infecção	250. (1.1) Risco de Infecção	251. (1.1) Risco de Infecção	252. (1.1) Risco de Infecção
253. (1.1) Risco de Infecção	254. (1.1) Risco de Infecção	255. (1.1) Risco de Infecção	256. (1.1) Risco de Infecção	257. (1.1) Risco de Infecção	258. (1.1) Risco de Infecção
259. (1.1) Risco de Infecção	260. (1.1) Risco de Infecção	261. (1.1) Risco de Infecção	262. (1.1) Risco de Infecção	263. (1.1) Risco de Infecção	264. (1.1) Risco de Infecção
265. (1.1) Risco de Infecção	266. (1.1) Risco de Infecção	267. (1.1) Risco de Infecção	268. (1.1) Risco de Infecção	269. (1.1) Risco de Infecção	270. (1.1) Risco de Infecção
271. (1.1) Risco de Infecção	272. (1.1) Risco de Infecção	273. (1.1) Risco de Infecção	274. (1.1) Risco de Infecção	275. (1.1) Risco de Infecção	276. (1.1) Risco de Infecção
277. (1.1) Risco de Infecção	278. (1.1) Risco de Infecção	279. (1.1) Risco de Infecção	280. (1.1) Risco de Infecção	281. (1.1) Risco de Infecção	282. (1.1) Risco de Infecção
283. (1.1) Risco de Infecção	284. (1.1) Risco de Infecção	285. (1.1) Risco de Infecção	286. (1.1) Risco de Infecção	287. (1.1) Risco de Infecção	288. (1.1) Risco de Infecção
289. (1.1) Risco de Infecção	290. (1.1) Risco de Infecção	291. (1.1) Risco de Infecção	292. (1.1) Risco de Infecção	293. (1.1) Risco de Infecção	294. (1.1) Risco de Infecção
295. (1.1) Risco de Infecção	296. (1.1) Risco de Infecção	297. (1.1) Risco de Infecção	298. (1.1) Risco de Infecção	299. (1.1) Risco de Infecção	300. (1.1) Risco de Infecção

SABEMI SEGURADORA S/A  
 29 OUT 2018  
 RECEBIDO

Assinaturas e rubricas dos profissionais de enfermagem e médicos envolvidos no cuidado do paciente.



UNIDADES DE CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICAS

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ D'ÁVILA

NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

NOME DO PACIENTE: Marcos Antônia Marques

DATA DE ADMISSÃO: 10/02/2016

DATA DE NASCIMENTO: 10/02/1973 SEXO: M

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (NANDA)

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (NANDA)

Diagnóstico	Intervenção	Resultado
1. ( ) Degradação Precoz da Cura	N. (1,2,6,10,12,20,21,27) Manter Decúbito em ( ) 0° ( ) 30° ( ) 45° ( ) 90°	OK
2. ( ) Nutrição Inadequada	(-) (6,10,12,20,21) Aspirar COT, TGT e VAS e anotar aspecto de secreção de ( ) hora a SIN. (-) (6,8,10,12,18,20,21,23,26,28,29) Verificar SSVV de ( ) N. e comunicar e anotar alterações. HPS.	OK
3. ( ) Risco de Escarificação de Volúme de Líquidos	(-) (8,9,10,11,12,20,21,22,23) Observar e anotar perfusão periférica de ( ) N. e comunicar alterações.	OK
4. ( ) Escarificação Unilateral Precoce	(-) (6,10,11,15,16,20,21,25) Observar, anotar e comunicar alterações de nível de consciência.	OK
5. ( ) Risco de Escarificação Dolorosa	N. (23) Observar e anotar local e aspecto de ferida operatória.	OK
6. ( ) Mobilização Física Precoce	N. (13,24) Realizar Higiene Oral com ( ) N. após as refeições.	OK
7. ( ) Mobilização Física Precoce	(-) (3,7) Estimular deambulação ( ) com auxílio.	OK
8. ( ) Risco de Escarificação de Ferida	N. (3,4,5,7,14,25) Observar e anotar eliminação vesical e intestinal. (-) (1,2,20, NU) Testar a sonda enteral antes de administrar dieta e medicações. Lavar a sonda antes e após com 20 ml de água.	OK
9. ( ) Risco de Escarificação de Ferida	N. (15, FL) Realizar assepsia do Hub com Alcol 70% antes e depois de desconectar equipes para infusões.	OK
10. ( ) Risco de Escarificação de Ferida	(-) (3,18) Anotar e controlar volume e aspecto do(s) curativo(s) do(s) dreno(s) ( ) N. de ( ) N.	OK
11. ( ) Defeito no Autocuidado: Banho	N. (18, FL) Trocar e dalar frasco do acesso venoso a cada 24h e SIN. Trocar o acesso perfêrico a cada 72h e/ou SIN. Observar e anotar aspecto do mesmo e comunicar.	OK
12. ( ) Defeito no Autocuidado: Higiene Intima	N. (13,27) Realizar banho ( ) N. em cadeira. Proteger acesso venoso.	OK
13. ( ) Comunicação Verbal Precoce	(-) (7,13,23,27,28,29, LP) Realizar Massagem de conforto após o banho e SIN.	OK
14. ( ) Comunicação Verbal Precoce	(-) (7,13,23,27,28,29, LP) Realizar re-encaminhamento para enfermeiro para aferir a pressão de ( ) N.	OK
15. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (4,5,7,13,23,27,28,29) Observar, anotar e comunicar sinais de dor. Fases de dor: agitação, choro.	OK
16. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (17,18) Encorajar procedimentos/conduitas de enfermagem antes da realização e esclarecer dúvidas.	OK
17. ( ) Comunicação Verbal Precoce	(-) (7,8,15,16,17, OU) Manter grandes elevadas.	OK
18. ( ) Comunicação Verbal Precoce	(-) (6,7,8,23,27, LP) Sentar paciente na poltrona.	OK
19. ( ) Comunicação Verbal Precoce	(-) (7,11,23,27, LP) Colocar colchão pirâmida.	OK
20. ( ) Comunicação Verbal Precoce	(-) (7,17,27, OU) Orientar o paciente a solicitar ajuda para sair do leito. Deixar a campainha em fácil acesso.	OK
21. ( ) Comunicação Verbal Precoce	(-) (15, OU) Realizar contenção mecânica ( ) membros superiores ( ) membros inferiores ( ) torax.	OK
22. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (19) Controlar erro colocar pulseira de identificação com os seguintes descritores: Nome, RH e Data de nascimento.	OK
23. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (20) Realizar higiene bucal e temperatura corporal.	OK
24. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (21) Controlar frequência.	OK
25. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (22) Controlar frequência.	OK
26. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (23) Controlar frequência.	OK
27. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (24) Controlar frequência.	OK
28. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (25) Controlar frequência.	OK
29. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (26) Controlar frequência.	OK
30. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (27) Controlar frequência.	OK
31. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (28) Controlar frequência.	OK
32. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (29) Controlar frequência.	OK
33. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (30) Controlar frequência.	OK
34. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (31) Controlar frequência.	OK
35. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (32) Controlar frequência.	OK
36. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (33) Controlar frequência.	OK
37. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (34) Controlar frequência.	OK
38. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (35) Controlar frequência.	OK
39. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (36) Controlar frequência.	OK
40. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (37) Controlar frequência.	OK
41. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (38) Controlar frequência.	OK
42. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (39) Controlar frequência.	OK
43. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (40) Controlar frequência.	OK
44. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (41) Controlar frequência.	OK
45. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (42) Controlar frequência.	OK
46. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (43) Controlar frequência.	OK
47. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (44) Controlar frequência.	OK
48. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (45) Controlar frequência.	OK
49. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (46) Controlar frequência.	OK
50. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (47) Controlar frequência.	OK
51. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (48) Controlar frequência.	OK
52. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (49) Controlar frequência.	OK
53. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (50) Controlar frequência.	OK
54. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (51) Controlar frequência.	OK
55. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (52) Controlar frequência.	OK
56. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (53) Controlar frequência.	OK
57. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (54) Controlar frequência.	OK
58. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (55) Controlar frequência.	OK
59. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (56) Controlar frequência.	OK
60. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (57) Controlar frequência.	OK
61. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (58) Controlar frequência.	OK
62. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (59) Controlar frequência.	OK
63. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (60) Controlar frequência.	OK
64. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (61) Controlar frequência.	OK
65. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (62) Controlar frequência.	OK
66. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (63) Controlar frequência.	OK
67. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (64) Controlar frequência.	OK
68. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (65) Controlar frequência.	OK
69. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (66) Controlar frequência.	OK
70. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (67) Controlar frequência.	OK
71. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (68) Controlar frequência.	OK
72. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (69) Controlar frequência.	OK
73. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (70) Controlar frequência.	OK
74. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (71) Controlar frequência.	OK
75. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (72) Controlar frequência.	OK
76. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (73) Controlar frequência.	OK
77. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (74) Controlar frequência.	OK
78. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (75) Controlar frequência.	OK
79. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (76) Controlar frequência.	OK
80. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (77) Controlar frequência.	OK
81. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (78) Controlar frequência.	OK
82. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (79) Controlar frequência.	OK
83. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (80) Controlar frequência.	OK
84. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (81) Controlar frequência.	OK
85. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (82) Controlar frequência.	OK
86. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (83) Controlar frequência.	OK
87. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (84) Controlar frequência.	OK
88. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (85) Controlar frequência.	OK
89. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (86) Controlar frequência.	OK
90. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (87) Controlar frequência.	OK
91. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (88) Controlar frequência.	OK
92. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (89) Controlar frequência.	OK
93. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (90) Controlar frequência.	OK
94. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (91) Controlar frequência.	OK
95. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (92) Controlar frequência.	OK
96. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (93) Controlar frequência.	OK
97. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (94) Controlar frequência.	OK
98. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (95) Controlar frequência.	OK
99. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (96) Controlar frequência.	OK
100. ( ) Comunicação Verbal Precoce	N. (97) Controlar frequência.	OK

De: Antônia Marques  
 Para: Marcos Antônia Marques  
 Assunto: OK  
 Data: 10/02/2016

Assinatura: [Handwritten Signature]  
 Nome: Marcos Antônia Marques  
 Data: 10/02/2016

UNIDADES DE CLÍNICAS MÉDICA E CIRURGIICAS

NOME DO PACIENTE: Antônio Vitorino da Paiva  
RH: 51031010

DATA DE NASCIMEN TO: 05/07/73  
UNIDADE DE INTERNAÇÃO: 1003  
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: PO. Síndrome de Guillain Barre

COLE AQUI A ENQUETA

DIAGNÓSTICO DE EVOLUÇÃO (GRUPO)		PRONÓSTICO DE EVOLUÇÃO (INQ)	
1	( ) Denguete Prejudicado	(-)(1,2,6,10,12,20,21,27)	Manter Debito em: ( ) 0e ( ) 50e ( ) 60e ( ) 90e
2	( ) Hidratação Desajustada	(-)(6,10,12,20,21)	Aspirar COT, TQT e VAS e anotar aspecto de saturação de _____ horas e SN
3	( ) Risco de Desaquebrar o de Volume de Líquido	(-)(6,10,12,19,20,21,25,26,28,29)	Verificar SSVV de _____ h e comunicar alterações
4	( ) Eritrogló Urinae Prejudicada	(-)(6,9,10,11,12,20,21,22,25)	Observar e anotar perfúria peritúrica _____ h e comunicar alterações
5	( ) Risco de Alterada Característica Distúrbio	(-)(6,10,11,15,16,20,21,26)	Observar, anotar e comunicar alterações de nível de consciência
6	( ) Troca de Gases Prejudicada	(-)(23)	Observar e anotar local e aspecto de ferida operatória
7	( ) Mobilidade Física Prejudicada	(-)(13,24)	Realizar Higiene Oral com: <u>curvo unid</u> após as refeições
8	( ) Risco de síndrome do tórax	(-)(5,7)	Estimular deambulação ( ) com auxílio
9	( ) Débito cardíaco diminuído	(-)(3,4,5,7,14,25)	Observar e anotar eliminações vesical e retal
10	( ) Padrão Respiratório Ineficaz	(-)(1,2,20, NU)	Testar a sonda enteral antes de administrar dieta e medicações. Lavar a antes e após com 20 ml de água
11	( ) Perfusão Tissue Periférica Ineficaz	(-)(19, FL)	Realizar assepsia do Hub com Álcool a 70% antes e depois de desconectar equipamentos para ritidos
12	( ) Verificação espontânea prejudicada	(-)(3,19)	Arcoar e controlar volume e aspecto do(s) contêdido(s) do(s) drenóje) _____ de _____
13	( ) Débito no Autocuidado: Banho	(-)(9, FL)	Trocar e lavar fixação do acesso venoso a cada 24h e SN. Trocar o acesso periférico a cada 72h e/ou SN. Observar e anotar aspecto do membro e cutâneo
14	( ) Débito no Autocuidado: Higiene Intima	(-)(13,27)	Realizar banho ( ) em cadeira. Proteger acesso venoso
15	( ) Curativo agudo	(-)(7,13,23,27,28,29, LP)	Realizar Massagem de conforto após o banho e SN
16	( ) Comunicação Verbal Prejudicada	(-)(7,13,23,27,28,29, LP)	Realizar repositicionamento para alívio de pressão de _____ h
17	( ) Ineficácia	(-)(6,5,7,13,23,27,28,29)	Observar, anotar e comunicar sinais de dor. Escala de dor, agitação, choro
18	( ) Débito de Injeção	(-)(2,2,6,13,14,15,17,18,QU)	Promover a presença emoliente no acompanhante
19	( ) Risco de aspiração	(-)(7,8,15,15,17,QU)	Manter grades elevadas
20	( ) Distribuição Ineficaz das vias aéreas	(-)(7,8,23,27, LP)	Sentar paciente na poltrona
21	( ) Risco de disfunção neuromuscular periférica	(-)(7,17,27,QU)	Chamar o enfermeiro solicitar ajuda para ler do leito. Deixar a campânula em fácil acesso
22	( ) Risco de Injeções da Mão Prejudicada	(-)(15,QU)	Realizar COP ( ) e/ou ( ) membros superiores ( ) membros inferiores ( ) tornoz
23	( ) Injeção Cefalotóxica Prejudicada	(-)(8R)	Cortar: ouu colodoma de desqualificação com os seguintes descritores: Nome, RH e Data de nascimento
24	( ) Risco de Saqueamento		
25	( ) Risco de Desaquebrar na Temperatura Corporal		
26	( ) Risco de Desaquebrar		
27	( ) Risco de Desaquebrar		
28	( ) Risco de Desaquebrar		
29	( ) Risco de Desaquebrar		
30	( ) Risco de Desaquebrar		
31	( ) Risco de Desaquebrar		
32	( ) Risco de Desaquebrar		
33	( ) Risco de Desaquebrar		
34	( ) Risco de Desaquebrar		
35	( ) Risco de Desaquebrar		
36	( ) Risco de Desaquebrar		
37	( ) Risco de Desaquebrar		
38	( ) Risco de Desaquebrar		
39	( ) Risco de Desaquebrar		
40	( ) Risco de Desaquebrar		
41	( ) Risco de Desaquebrar		
42	( ) Risco de Desaquebrar		
43	( ) Risco de Desaquebrar		
44	( ) Risco de Desaquebrar		
45	( ) Risco de Desaquebrar		
46	( ) Risco de Desaquebrar		
47	( ) Risco de Desaquebrar		
48	( ) Risco de Desaquebrar		
49	( ) Risco de Desaquebrar		
50	( ) Risco de Desaquebrar		
51	( ) Risco de Desaquebrar		
52	( ) Risco de Desaquebrar		
53	( ) Risco de Desaquebrar		
54	( ) Risco de Desaquebrar		
55	( ) Risco de Desaquebrar		
56	( ) Risco de Desaquebrar		
57	( ) Risco de Desaquebrar		
58	( ) Risco de Desaquebrar		
59	( ) Risco de Desaquebrar		
60	( ) Risco de Desaquebrar		
61	( ) Risco de Desaquebrar		
62	( ) Risco de Desaquebrar		
63	( ) Risco de Desaquebrar		
64	( ) Risco de Desaquebrar		
65	( ) Risco de Desaquebrar		
66	( ) Risco de Desaquebrar		
67	( ) Risco de Desaquebrar		
68	( ) Risco de Desaquebrar		
69	( ) Risco de Desaquebrar		
70	( ) Risco de Desaquebrar		
71	( ) Risco de Desaquebrar		
72	( ) Risco de Desaquebrar		
73	( ) Risco de Desaquebrar		
74	( ) Risco de Desaquebrar		
75	( ) Risco de Desaquebrar		
76	( ) Risco de Desaquebrar		
77	( ) Risco de Desaquebrar		
78	( ) Risco de Desaquebrar		
79	( ) Risco de Desaquebrar		
80	( ) Risco de Desaquebrar		
81	( ) Risco de Desaquebrar		
82	( ) Risco de Desaquebrar		
83	( ) Risco de Desaquebrar		
84	( ) Risco de Desaquebrar		
85	( ) Risco de Desaquebrar		
86	( ) Risco de Desaquebrar		
87	( ) Risco de Desaquebrar		
88	( ) Risco de Desaquebrar		
89	( ) Risco de Desaquebrar		
90	( ) Risco de Desaquebrar		
91	( ) Risco de Desaquebrar		
92	( ) Risco de Desaquebrar		
93	( ) Risco de Desaquebrar		
94	( ) Risco de Desaquebrar		
95	( ) Risco de Desaquebrar		
96	( ) Risco de Desaquebrar		
97	( ) Risco de Desaquebrar		
98	( ) Risco de Desaquebrar		
99	( ) Risco de Desaquebrar		
100	( ) Risco de Desaquebrar		

21/02/2017 16:00h  
 22/02/2017 16:00h  
 23/02/2017 16:00h  
 24/02/2017 16:00h  
 25/02/2017 16:00h  
 26/02/2017 16:00h  
 27/02/2017 16:00h  
 28/02/2017 16:00h  
 29/02/2017 16:00h  
 30/02/2017 16:00h  
 31/02/2017 16:00h

16 FEB 2017  
 17 FEB 2017  
 18 FEB 2017  
 19 FEB 2017  
 20 FEB 2017  
 21 FEB 2017  
 22 FEB 2017  
 23 FEB 2017  
 24 FEB 2017  
 25 FEB 2017  
 26 FEB 2017  
 27 FEB 2017  
 28 FEB 2017  
 29 FEB 2017  
 30 FEB 2017  
 31 FEB 2017

ESTRUTURA E CASARTE 0105





### EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL

Paciente: Marcos Antonio Magar de Paula

RH: \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_

Data	Descrição
15/02/16	#Ontopoda #
	Del. Asp. Grupo de Espinha Ft. Roder Xistal (E)
	Painha 2016, REG, C, II, AAA, Furacão.
	Sem queixas no momento.
	FFO: Tolo antitumor (E)
	FO Limpa, Sem Higiene, Sem Sinais
	RPP em ml (E)
	Nas Lógicas presentes em ml (E)
	Rizidy em QST (E)
	Cb. Alta Hospital conforme orientação do Dr. Luciano
	Convertido em Tratamento Daparsone (Amei) que
	não responde por sua saúde
	O grande grupo central do hospital por chance
	por meio de Tereza Daparsone.

**Cópia Autenticada**  
 Prefeitura Municipal de São Carlos  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence  
 16 FEB 2017  
 Dr. Marcos Antônio Xavier  
 Coordenador Médico S.A.M.S. - H.M.H.C.  
 CRMSP 114793 / DR 284641032223

NOTA: As anotações devem ser claras, objetivas e em letra legível. Devem destacar as razões para o estabelecimento de condutas clínicas e resultados de exames-chaves. As anotações devem ser devidamente identificadas (assinatura, carimbo e/ou conselho de classe).

UNIDADES DE CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICAS

NOME DO PACIENTE:

RH: 570090  
 DATA DE ADMISSÃO: 13/08/16  
 DATA: 13/08/16

DATA DE NASCIMENTO: 23/02/73

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: 103

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Infecção + Abscesso

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ D

RH: 0000570240 NOME: MARCOS ANTONIO TARGUES DE PAULA

MAE: ANTONIA JOSE DE PAULA

DT. NASC.: 23/07/1973 SEXO: M IMP.: 13/08/2016 19:53

HORA	CONTROLES										GANHOS						PERDAS						OUTROS	ACOMPANHANTE			
	PA SISTÓLICA	PA DIASTÓLICA	FREQÜÊNCIA CARDÍACA	FREQÜÊNCIA RESPIRATORIA	TEMPERATURA	SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	FLUXO O <sub>2</sub>	DOE	DECTRO	PVC	DIETIVO	SNE	JEJUNO GASTROSTOMIA	HEMOGRIAVADOS	SOROTERAPIA	INHIBICÃO	NPP	DIURESE	EVACUAÇÃO	SONDA PARA SIFONAGEM	DRENO	ILEOSTOMIA			COLOSTOMIA	ASPIRAÇÃO	DECATO
8	110/70	70	110	18	36	98												2+								N	
10																											
12																											
BALANÇO PARCIAL VERNÃ:																											
14	110	70	110	18	36	98												2+									
16																											
18																											
BALANÇO PARCIAL TARDE:																											
20	110	70	110	18	36	98												1L									
22																											
24																											
2																											
4																			1+								
6																											
BALANÇO PARCIAL NOTURNO:																											
DEBITOS SONDAS 24H:																											
DRENO DE TONAX 24H:																											
DIURESE 24H:																											
DRENO LATELAL ESQUERDO:																											
DRENO LATELAL DIREITO:																											
Sonda: Grande quantidade																											
Sonda: Sólida																											

**Cícila Antero Costa**  
 Prof.ª de Medicina  
 SPM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina  
 Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence  
 16 FEB 2016  
 Dr. Marcos Antonio Targues de Paula  
 Coordenador Médico SPM - MHC  
 13/08/2016 19:53

LEGENDA DEBITOS SONDAS 24H:  
 LEGENDA DECATO:  
 LEGENDA PERDAS:  
 LEGENDA ELIMINAÇÕES INTERSTINAIS:  
 DRENO DE TONAX 24H:  
 DRENO LATELAL ESQUERDO:  
 DRENO LATELAL DIREITO:  
 Sonda: Grande quantidade  
 Sonda: Sólida  
 LEGENDA ACOMPANHANTE: S (SIM) - N (NÃO)  
 Divisão de Enfermagem - Via Única - Protopláta  
 1ª Edição - Julho 2016



## EXAME FÍSICO

NEUROLOGICA	AVALIAÇÃO	IDADE GESTACIONAL
ABERTURA OCULAR	RESPIRATORIA	DUM:          DPP:
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico	MAMAS E MAMILOS
<input checked="" type="checkbox"/> Origem verbal	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Est. Doloroso	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Bico Invertido
<input type="checkbox"/> Não Responde	<input type="checkbox"/> Taquidispneico	
PUPILAS	Tipo:	
<input checked="" type="checkbox"/> Isocórica	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea	A U:          D U:
<input type="checkbox"/> Anisocórica	<input type="checkbox"/> Tubo oro traqueal	Parto:
<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Traqueostomia	Incisão cirúrgica:
<input type="checkbox"/> Miose	<input type="checkbox"/> Cateter nasal	Epsio:
<input type="checkbox"/> Médio fixa	<input type="checkbox"/> Máscara	Loquios: presentes <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
FOTOREAÇÃO	<input type="checkbox"/> Tosse caract.:	Colostro: presente <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
PD ( ) PE ( )		
MELHOR RESPOSTA	MURMÚRIOS VESICULARES	
<input type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes	GASTRO INTESTINAL
<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Diminuídos local:	ACEITAÇÃO ALIMENTAR
<input type="checkbox"/> Localiza		VÓ Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Não responde		SNE Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
RESPOSTA MOTORA	RUIDOS ADVENTÍCIOS	Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Obedece ordens	<input type="checkbox"/> Roncos	
<input type="checkbox"/> Localiza dor	<input checked="" type="checkbox"/> Ausentes	ELIMINAÇÕES FECAIS
<input type="checkbox"/> Não reage a dor	<input type="checkbox"/> Diminuídos local:	Presentes <input checked="" type="checkbox"/>
	CARDIO VASCULAR	Ausentes <input type="checkbox"/>
ESTADO MENTAL	<input type="checkbox"/> RCI <input type="checkbox"/> RCR	Periodicidade:
	Pulso                      LD      LE	
	Carotídeo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ABDÔMEN
	Branquiais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Plano
MOTRICIDADE	Radiais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rígido
MMSS	Femorais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Timpânico
D      E                      D      E	Poplíteos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Doloroso a palpação
<input checked="" type="checkbox"/> Força normal	Pediosos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Globoso
<input type="checkbox"/> Paresia	A(ausente), C(chelo), F(filiforme)	<input type="checkbox"/> Flácido
<input type="checkbox"/> Plcgia		<input checked="" type="checkbox"/> Distendido
<input type="checkbox"/> Parestesia	PERFUSÃO PERIFÉRICA	
<input type="checkbox"/> Descerebração	<input type="checkbox"/> Boa	ELIMINAÇÃO URINÁRIA
<input type="checkbox"/> Decorticação	<input type="checkbox"/> Diminuída	<input type="checkbox"/> SVD
CABEÇA E PESCOÇO		<input type="checkbox"/> Uripem
Prótese dentária    Inf <input type="checkbox"/> Supl <input type="checkbox"/>	INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Micção Espontânea
ocular    OF <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/>	Sim      Não	<input type="checkbox"/> Incontinência urinária
auditiva OF <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/>	Lesões <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Concentrada
	Edema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Limpida
ACUIDADE VISUAL	Varizes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Presença de sedimentos
NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> OE    OD <input checked="" type="checkbox"/>	Viceras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hematúria
DIMINUÍDA <input type="checkbox"/> OE    OD <input type="checkbox"/>	Manchas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oligúria
AUSENTE <input type="checkbox"/> OE    OD <input type="checkbox"/>	Cicatrizes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Poliúria
	GENITURINÁRIO	<input type="checkbox"/> Anúria
ACUIDADE AUDITIVA		<input type="checkbox"/> Disúria
NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> OE    OD <input checked="" type="checkbox"/>	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	CATETERES
DIMINUÍDA <input type="checkbox"/> OE    OD <input type="checkbox"/>	PN	<input type="checkbox"/> Arterial
AUSENTE <input type="checkbox"/> OE    OD <input type="checkbox"/>	PC	<input type="checkbox"/> Flebotomia
CONDIÇÕES OROFARINGE	PF	<input type="checkbox"/> Intracateter
	ABORTOS:	<input type="checkbox"/> Gelco / Sca
		<input type="checkbox"/> Outro:

Obs. Gerais do Paciente

Peso: \_\_\_\_\_ Alt.: \_\_\_\_\_ PA: 130 / 90 CT: 30 R: 19 Pulso: 92

ASSINATURA ENFERMEIRA (O): \_\_\_\_\_

COREN: 2

Copia Autenticada  
 Prefeitura Municipal de São Borja  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Hospital Municipal Dr. José C. Ferraz  
 16 FEB 2017  
 Dr. Marcos Andrade Zucchi  
 Coordenador Médico SANEAMENTO  
 2013-2016



EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL

Paciente: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA RH: Leito: 403

Data	Descrição
14/08/16	# ORTOPEDIA =.
	= PO CORREÇÃO SEQUELA FRATURA RÊMIO DISTAL (E)
	Paciente no leito, consciente, orientado, verbalizado. Queixas de dor em punho (E) à mobilização.
	EFO: BEG, local, hidratado, quente, entorpecido heurístico.
	MSE => Em uso de tabes antibióticas. Edema (+) / (-). Presença de rigidez MTC-Flexão MTC (-). BPP.
	CD: Solicitar Fim Mot. Traco de Equatim

Dr. Luis Henrique S. Souza Médico CRM - SP 179511

Cópia Autenticada Prefeitura Municipal de São Carlos Secretaria Municipal de Saúde Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence

16 FEB 2017

Dr. Marcos Antônio Xavier Coordenador Médico SANE-HMICE CRM 151123 / 1126 20464-1100003

NOTA: As anotações devem ser claras, objetivas e em letra legível. Devem destacar as razões para o estado atualizado de condutas clínicas e resultados de exames-chaves. As anotações devem ser devidamente identificadas (assinatura, carimbo e/ou conselho de classe).



EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL

Paciente: Marcos Antonio Marques de Paula Id.:          Leito: 403

Data	Descrição
14/08	# enfim...
20h	#, no retorno st. Rocio Gastal (E)
	<p>Clínica: bulha bilateral, tosse, dispnéia, ruídos pulmonares, apical, sibilos, FVP normal, tosse seca, MBE, lombalgia, parestesia periférica, ginecomastia unilateral. 30x40 cm de diâmetro de espessura, um nódulo de 10x10 mm no LTA.</p> <p>PC: BENEFIT 515 AP: MVD 512A</p>
	<p>Lucas Reis Bueno Enfermeiro CRM-SP: 247711</p>
	<p>Cópia Autenticada Prefeitura Municipal de São Carlos Secretaria Municipal de Saúde Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence</p> <p>16 FEV 2017</p> <p>Dr. Marcos Andrade Kozler Coordenador Médico SACS-MS-MS CRM-SP 11838 / OAB 204644/098870</p>

NOTA: As anotações devem ser claras, objetivas e em letra legível. Devem destacar as razões para o estabelecimento de condutas clínicas e resultados de exames chave. As prescrições devem ser devidamente identificadas (assinatura, carimbo ou conselho de classe).

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

01:00

Entrada de Sr. João Silva, 2ª unidade de  
deitada. Acompanhante: Sr. Maria da  
Silva. Exame físico: M, SE + T, BA. A, B, C.

02:00

Exame físico: M, SE + T, BA. A, B, C.

03:00

Exame físico: M, SE + T, BA. A, B, C.

04:00

Exame físico: M, SE + T, BA. A, B, C.

05:00

Exame físico: M, SE + T, BA. A, B, C.

06:00

Exame físico: M, SE + T, BA. A, B, C.

07:00

Exame físico: M, SE + T, BA. A, B, C.

08:00

Exame físico: M, SE + T, BA. A, B, C.

09:00

Exame físico: M, SE + T, BA. A, B, C.

10:00

Exame físico: M, SE + T, BA. A, B, C.

11:00

Exame físico: M, SE + T, BA. A, B, C.

12:00

Exame físico: M, SE + T, BA. A, B, C.

13:00

Exame físico: M, SE + T, BA. A, B, C.

14:00

Exame físico: M, SE + T, BA. A, B, C.

15:00

Exame físico: M, SE + T, BA. A, B, C.

16:00

Exame físico: M, SE + T, BA. A, B, C.

17:00

Exame físico: M, SE + T, BA. A, B, C.

18:00

Exame físico: M, SE + T, BA. A, B, C.

Assistente Social do SUS  
Anexo de Enfermagem  
FONE: 69.9134

Assistente Social do SUS  
Anexo de Enfermagem  
FONE: 69.9134

Cópia Autenticada  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal José C. Pereira  
16-FEV-2017  
Dr. Marcos Andrade Xavier  
Coordenador Geral do SAMU-SUS  
FONE: 3105.1001

UNIDADES DE CLINICAS MEDICA E CIRURGICAS

NOME DO PACIENTE: Yves Antonio Marques de Paula  
 RH: 50348  
 DATA DE ADMISSÃO: 05/12/93  
 DATA: 05/12/93

UNIDADE DE INTERNACAO: de Arterias e Saco de Pericardio  
 HIPOTHESE DIAGNOSTICA: de Arterias e Saco de Pericardio  
 LEITO: 403

COLE AQUI A ETIQUETA

DIAGNOSTICO DE ESPERANÇAS (UNID)

PREVENÇAO DE INFECÇAO (NU)

NORSEP

Item	Descrição	Observações	Assinatura
1	( ) Desabilitado -ajudado	( ) (1, 2, 5, 10, 12, 20, 21, 27) Manter Decúbito em ( ) de ( ) 35° ( ) 45° ( ) 60°	
2	( ) ( ) Risco de Desnutrição	( ) (1, 10, 12, 20, 21) Aspirar -COT, TQT e VAB e anotar aspecto de secreção de / nasas e SN	
3	( ) ( ) Risco de Desequilíbrio de Volume e Líquidos	( ) (9, 9, 10, 12, 19, 20, 21, 25, 26, 28, 29) Verificar SSVV e <u>cc</u> comunicar e anotar alterações	
4	( ) ( ) Eliminação Urinária Prejudicada	( ) (9, 9, 10, 11, 12, 20, 21, 22, 23) Observar e anotar perfuração peritônica <u>cc</u> h e comunicar alterações	
5	( ) ( ) Risco de Músculos Gastrointestinal Distendidos	( ) (10, 10, 11, 15, 19, 20, 21, 25) Observar, anotar e comunicar alterações de nível de conec. erida	
6	( ) ( ) Traça de Saco 2º Quadrante	( ) (23) Observar e anotar local e aspecto de erida operatória	
7	( ) ( ) Mordedada Fístula Peridontária	( ) (13, 24) Realizar Higiene Oral com <u>Cloroxilina</u> após as refeições	
8	( ) ( ) Risco de si-vírus do deusa	( ) (15, 17) Estimular desmulsificação ( ) com auxílio	
9	( ) ( ) Dado cardíaco dilatado	( ) (3, 4, 5, 7, 14, 25) Observar e anotar alterações ventriculares e irrigação	
10	( ) ( ) Risco Respiratório: Infecção	( ) (1, 2, 20, NU) Testar e anotar vital antes de administrar dieta e medicações. Lavar-la antes e após com 20 ml de água	
11	( ) ( ) Perfusão T-serial -Peritona Infecção	( ) (19, FL) Realizar aspiração do Hilo com Alcool a 70% antes e depois de desconectar equips para intusões	
12	( ) ( ) Ventilação dependentes porjudicada	( ) (3, 10) Anotar e controlar volume e aspecto do(s) conteúdo(s) do(s) dieno(s) _____ de _____	
13	( ) ( ) Obleto no Autocuidado: Banho	( ) (19, FL) Trocar e distar fixação do acesso venoso a cada 24h e SN. Trocar o acesso periférico a cada 72h e/ou SN. Observar e anotar aspecto do mesteio e comunicar	
14	( ) ( ) Defeito no Autocuidado: Higiene Intima	( ) (7, 13, 27) Realizar banho ( ) 1x/dia. Responder ( ) emidatista. Proteger acesso venoso	
15	( ) ( ) Curvulo aguda	( ) (7, 13, 23, 27, 28, 29, LP) Realizar Massagem de conforto e/ou de barrro e SN	
16	( ) ( ) Comunicação Verbal Prejudicada	( ) (4, 5, 7, 13, 23, 27, 28, 29) Observar, anotar e comunicar sinais de dor. Faces de dor, agitação, choro	
17	( ) ( ) Afecção	( ) (3, 2, 7, 8, 13, 14, 15, 17, 18, QU) Priorizar a presença/ envolvimento do acompanhante	
18	( ) ( ) Risco de Infecção	( ) (17, 18) Explicar procedimento, condutas de enfermagem antes de realizados e esclarecer dúvidas	
19	( ) ( ) Risco de Infecção	( ) (7, 8, 15, 16, 17, QU) Manter pacienha na poltrona	
20	( ) ( ) Risco de aspiração	( ) (5, 7, 8, 29, 37, LP) Sentar pacienha na poltrona	
21	( ) ( ) Risco de alteração neuromuscular periférica	( ) (7, 11, 23, 27, LP) Colocar colchão piramidal	
22	( ) ( ) Risco de Integridade da Pele Prejudicada	( ) (7, 17, 27, QU) Orientar o paciente a solicitar ajuda para sair do leito. Deixar a campolina em fácil acesso	
23	( ) ( ) Abscessos Cava Prejudicada	( ) (15, QU) Realizar contenção mecânica ( ) membros superiores ( ) membros inferiores ( ) tórax	
24	( ) ( ) Risco de Sangramento	( ) (BR) Confortar e/ou colocar pulseira de identificação com os seguintes descritores: Nome, RH e Data de Nascimento	
25	( ) ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal		
26	( ) ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal		
27	( ) ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal		
28	( ) ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal		
29	( ) ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal		
30	( ) ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal		
31	( ) ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal		

Identificação do Paciente  
 Dr. Marcos Roberto  
 05/12/93

Assinatura do Médico  
 Dr. Marcos Roberto  
 05/12/93

Assinatura do Enfermeiro  
 05/12/93

Assinatura do Técnico  
 05/12/93



PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
 IDADE: **42** SEXO: **MASCULINO** ESPECIALIDADE: **ORTOPEDIA**  
 D.N.º: **570240**  
 DATA DA INTERNAÇÃO: **13/08/16**  
 DATA DA PRESCRIÇÃO: **14/08**

PRESCRIÇÃO Médica

Dr. Marcos Antonio Marques de Paula  
CRM 39920

ITEM	DIAGNÓSTICO	DOSE	VIA	FREQÜÊNCIA	HORA	DIAS DE ADMINISTRAÇÃO	DIAGNÓSTICO	DOSE	VIA	FREQÜÊNCIA	HORA	DIAS DE ADMINISTRAÇÃO
1	DIETA ORAL GERAL											
2	AVP											
3	KEFAZOL 1G, EV, 8/8H											
4	DIPIRONA 1G, EV, 8/6H											
5	CETOPROFENO 100MG + 100ML SF 0,9%, EV, 12/12H											
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9%, EV, 8/8H (S/N)											
7	OMEPRAZOL 40MG, VO, 1CP, CEDO EM JEJUM											
8	PLASIL 10MG, EV, 8/8H, S/N											
9	CUIDADOS GERAIS											
10	SINAIS VITAIS DE 8/6H											
11												
12	<b>FISIOTERAPIA MOTORA PARA DEDOS DA MÃO ESQUERDA</b>											
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												

16 FEB 2017  
 Dr. Marcos Antonio Marques de Paula  
 CRM 39920

Hospital Municipal Dr. José de Carmalho Florence  
 Rua Selgino Maranhense nº109 - Vila Industrial - São José dos Campos / SP - CEP 12220-200 - Tel.: (12) 3901-3400

Hospital Municipal de São José dos Campos  
 Rua Selgino Maranhense nº109 - Vila Industrial - São José dos Campos / SP - CEP 12220-200 - Tel.: (12) 3901-3400

Recebido por: *[Handwritten Signature]*  
 Data: *[Handwritten Date]*

Dispensado por: \_\_\_\_\_

Conteúdo por: \_\_\_\_\_

Recebido por: \_\_\_\_\_



EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL

Paciente: Marta Antonina Marques de Paula RH: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data	Descrição
13/03/16	# Visitada #
	Dr. Pm da Gestão de Saúde de Jolene de Pólos Astel (E)
	Paciente LOTE, AEG, C, H, FFA, F. parciais. Sem queixas no momento.
	EFB: tal antitoxico palmo (E) dose em ms (E) BPP em MI (E) Lentidão de Fala / Ex'ção de PSI (E) Neurologia preservada em MS (E)
	CD Mantido presente internado pr FST matina em mão (E), conforme avaliação de Alexia Solicita FST novamente, não visita sistema de paciente. Presente  Lun
13/03 23h	# Enfermagem # Liação do Antrodax Souvi Kapandj 20a evolu em 15, calma, cefaleia v 9 queixas, dieta v e boa acutação, aulpm msi Jala gravada em mte, períodos de hipertra- pa, diuuse preseta, mant rdo prescriç de fisioterapia matina p alder da mte esquerda, perfusa patus fatia. os inar fines. Pr. Benf 2T 5/5; Al mte 5/RA; ABD: flaco, 21A (E)

**Cópia Autenticada**  
 Prefeitura Municipal de São Carlos  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Hospital Municipal Dr. José de Carvalho  
 16 FEB 2017  
 Dr. Marcos Antônio Xavier  
 Coordenador Médico SACS-SINACE  
 CNES 32031030 10444100007

NOTA: As anotações devem ser claras, objetivas e em letra legível. Devem detalhar as razões para o estabelecimento de condutas clínicas e resultados de exames-chaves. As anotações devem ser devidamente identificadas (assinatura, carimbo e/ou conselho de classe).



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE: **MARCELO ANTONIO M. SOARES**  
 IDADE: **17** SEXO: **MASC** ESPECIALIDADE: **ORTOPEDIRIA**  
 LEITO: **503**  
 ENFERMARIA: **ORTOPEDIRIA**  
 DATA DA INTERNAÇÃO: **17/02/16**

Nº ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	Diag de Antibiótico	Doença	Via	Frequência	Horário	INFORMAÇÕES	HORÁRIO	DATA DA PRESCRIÇÃO
01	Digitoxina 0,5mg								
02	Amoxicilina 500mg								
03	Paracetamol 500mg								
04	Clonazepam 0,5mg								
05	Clonazepam 0,5mg								
06	Clonazepam 0,5mg								
07	Clonazepam 0,5mg								
08	Clonazepam 0,5mg								
09	Clonazepam 0,5mg								
10	Clonazepam 0,5mg								
11	Clonazepam 0,5mg								
12	Clonazepam 0,5mg								
13	Clonazepam 0,5mg								
14	Clonazepam 0,5mg								
15	Clonazepam 0,5mg								
16	Clonazepam 0,5mg								
17	Clonazepam 0,5mg								
18	Clonazepam 0,5mg								
19	Clonazepam 0,5mg								
20	Clonazepam 0,5mg								
21	Clonazepam 0,5mg								
22	Clonazepam 0,5mg								
23	Clonazepam 0,5mg								
24	Clonazepam 0,5mg								
25	Clonazepam 0,5mg								

**RENILSON DE MOURA**  
 Médico  
 CRM: 12.345

**Cópia autenticada**  
 Hospital Municipal Dr. José de Carvalho  
 Rua...



EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL

Paciente:

Marcos Antonio Marques de Paula

RH:

Leito:

403

Data

Descrição

12/08  
20h

#, K, formigam  
 #, 10, inodora, soure, Kapandji  
 língua lábil salmo, 10h, no sentido,  
 ambulante, afetar, mantendo por pouco,  
 febre, dessecada em nariz; apresenta um hipertrofia  
 antrocontato com a equipe de biopulmão  
 por 2 vezes e com sintomas por 2 vezes por  
 minuto. Segue em tratamento clínico no litio,  
~~ant~~ tratamento sintomático de epistaxiom.  
 TC: BRNPT 513  
 AP: MV @ 51RA



Cópia Autenticada  
 Prefeitura Municipal de São Carlos  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Hospital Municipal Dr. José de Carvalho  
 10 FEB 2017

Dr. Marcos Andrade Xavier  
 Coordenador Médico SAÚDE - HAJER  
 CRM 59 114723 / OAB 344941/SP/2007

NOTA: As anotações devem ser claras, objetivas e em letra legível. Devem destacar as razões para o estabelecimento de condutas clínicas e resultados de exames chaves. As anotações devem ser devidamente identificadas (assinatura, carimbo ou conselho de classe).



AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA

RH: 570490
NOME: Manoel Antônio Marques da Silva
DATA: 11/02/14
Leito: 405 Idade: 92
Data de Internação: 30/01/14 Cid. Origem:
Diagnóstico: R.P.O. ventilado Aguardando alta E3

RESPIRATÓRIA

( ) IOT ( ) Traqueostomia Plástica ( ) Traqueostomia Metálica (x) Ar Ambiente
( ) Catéter O2: ( ) Tubo T: ( ) VMNI
( ) Máscara O2: ( ) Venturi: ( ) VMJ
Padrão Respiratório: Manual Cardiovascular: 42 N 21/100
Exames Laboratoriais: Neuroológico: 3K55 = 0
RX:
AP: MV 21 10/100

VENTILAÇÃO MECÂNICA

Modo: FR: Pnsp: PS: Pnsp:
Peep: Fluxo: VC: FIO2: Sat O2:

MOTORA

( ) Deambulando c/ Déficit (x) Deambulando s/ Déficit ( ) Acamado c/ Déficit ( ) Acamado s/ Déficit
( ) Hemiplegia ( ) Hemiparesia ( ) Paraplegia ( ) Paraparesia
( ) Tetraplegia ( ) Tetraparesia ( ) Cadeirante ( ) Sem auxílio
( ) Com auxílio de Bengalas ( ) Com auxílio de Muletas ( ) Com auxílio de Andador

Força Muscular Grau: MSD Grau 7 MSE Grau 8 MID Grau 9 MIE Grau 5

CD:

Transtorno de memória recente e recente de memória
em outros níveis que foram preservadas. Exatidão
inferior a 10 minutos, não há memória
de longo prazo.
... por ...

Cópia Autenticada
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Municipal Dr. José C. Florence
16 FEB 2017
Dr. Marcos Andrade Xavier
Coordenador Médico S.M.A.F.-H.M.F.
CNPJ 11.918.105/0001-03





Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Pereira  
 OSEI - SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME DO PACIENTE: **WALCOS** **Antonio Marques** LEITO: **11** ENFERMAGEM: **11** DATA DA INTERNAÇÃO: **11/02/12**

IDADE: **570 dias** SEXO:  MASC  FEM ESPECIALIDADE: **Cardiologia** RH: **570 210**

DIAGNÓSTICO: **Insuf. Card. Congestiva** DATA DA PRESCRIÇÃO: **11/02/12**

Nº ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	Dir da Atividade	Dose	Via	Frequência	Hora Início	Horário
01	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
02	<b>Diagnóstico Insuf. Card. Congestiva</b>						
03	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
04	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
05	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
06	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
07	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
08	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
09	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
10	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
11	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
12	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
13	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
14	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
15	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
16	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
17	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
18	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
19	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
20	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
21	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
22	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
23	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
24	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						
25	<b>Atleta 5ml 100mg</b>						

16 FEB 2012

Contatado por: **Dr. Marcos André de Kauter**

Recebido por: **Dr. Marcos André de Kauter**

Condição de Saúde: **Estável**

Prescrição Médica: **Atleta 5ml 100mg**

Observações: **Preservar, observe a padronização de medicamentos.**

Assinatura: **Dr. Marcos André de Kauter**



**AVALIAÇÃO DE RISCOS**

Nome: Marcos Antônio Marques de Paula  
 Unidade: U Data: 10/10/16 RH: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE - PULSEIRA BRANCA**  
**ÚLCERA POR PRESSÃO- ESCALA DE BRADEN - PULSEIRA ROXA**

1) Percepção Sensorial	<input type="checkbox"/> Completamente limitado	<input type="checkbox"/> Muito limitado	<input type="checkbox"/> Levemente Limitado	<input checked="" type="checkbox"/> Nenhuma limitação
2) Umidade	<input type="checkbox"/> Consistentemente úmido	<input type="checkbox"/> Muito úmido	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente Úmida	<input type="checkbox"/> Raramente úmida
3) Atividade Física	<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Restrito à cadeira	<input checked="" type="checkbox"/> Caminha ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Caminha frequentemente
4) Mobilidade	<input type="checkbox"/> Completamente imobilizado	<input type="checkbox"/> Muito limitado	<input checked="" type="checkbox"/> Levemente Limitado	<input type="checkbox"/> Nenhuma Limitação
5) Nutrição	<input type="checkbox"/> Muito Pobre	<input type="checkbox"/> Provavelmente Inadequado	<input checked="" type="checkbox"/> Adequado	<input type="checkbox"/> Excelente
6) Fricção e Cisalhamento	<input type="checkbox"/> Problema	<input type="checkbox"/> Potencialmente para Problema	<input checked="" type="checkbox"/> Nenhum Problema aparente	
<b>Total de Pontos:</b>	<b>Classificação</b>			<input type="checkbox"/> Risco de Úlcera por Pressão em: <u>10/10/16</u> Horário: _____
<u>19</u>	≤ 9 pontos = Risco Muito Elevado 10 a 12 pontos = Risco Alto 13 a 14 pontos = Risco Moderado		15-13 pontos = Risco Baixo 16-23 pontos = Sem risco	

**CONDUTAS PREVENTIVAS DE ENFERMAGEM**

RISCO MUITO ELEVADO E ALTO RISCO	RISCO MODERADO	BAIXO RISCO
Relógio de mudança de decúbito 1/1h Mudança de decúbito 1/1h Hidratação da pele com AGE Colchão Piramidal Proteção de proeminências ósseas com filme transparente Solicitar avaliação nutricional Hidratação via oral Uso de coxins e bota de alívio Massagem de conforto a cada 8h	Relógio de mudança de decúbito 2/2h Mudança de decúbito 2/2h Hidratação da pele com AGE Colchão Piramidal Proteção de proeminências ósseas com filme transparente Solicitar avaliação nutricional Hidratação via oral Uso de coxins e bota de alívio Massagem de conforto a cada 8h	Relógio de mudança de decúbito 3/3h Mudança de decúbito 3/3h Hidratação da pele com AGE Colchão Piramidal Proteção de proeminências ósseas com filme transparente Estimular hidratação VO e alimentação Massagem de conforto a cada 8h

**QUEDA - PULSEIRA LARANJA**

<input type="checkbox"/> Idade < 5 ou > 65 anos <input type="checkbox"/> Agitado ou Confuso <input type="checkbox"/> Pacientes psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Com déficit sensitivo e/ou motor <input type="checkbox"/> Com dificuldade de marcha <input type="checkbox"/> Puérperas pós parto <input type="checkbox"/> Com distúrbio neurológico <input type="checkbox"/> Fazendo uso de sedativos <input type="checkbox"/> POI de cirurgias efetivas <input type="checkbox"/> Uso de Maca	<input type="checkbox"/> Risco de Queda em: _____ Horário: _____
--	--	---

**CONDUTAS PREVENTIVAS DE ENFERMAGEM**

grades elevadas para pacientes acima de 65 anos e menor que 5 anos  
 Pacientes confusos e agitados: Contenção mecânica, Grades elevadas e Estimular acompanhante familiar  
 No pronto atendimento, pacientes confusos e agitados: colocar a maca no chão e realizar contenção mecânica

**FLEBITE - PULSEIRA AMARELA**

<input type="checkbox"/> Idade > 65 anos <input type="checkbox"/> Múltiplas punções periféricas <input type="checkbox"/> Infusão EV > 90 ml/h <input type="checkbox"/> Fragilidade Capilar <input type="checkbox"/> Esclerose venosa grave <input type="checkbox"/> Drogas com pH < 6 ou > 8	<input type="checkbox"/> Riscos de infecção sistêmica <input type="checkbox"/> Dificuldade de imobilização do cateter/membro <input type="checkbox"/> Inserção de CVP em situação de emergência <input type="checkbox"/> Infusão de solução hipertônica <input type="checkbox"/> Infusão de KCl > 20 mEq/h ou 200 mEq em 2h <input type="checkbox"/> Punção periférica anterior no mesmo local	<input type="checkbox"/> Risco de Flebite em: _____ Horário: _____
---	---	---

**CONDUTAS PREVENTIVAS DE ENFERMAGEM**

Seguir rigorosamente o tempo determinado de infusão dos medicamentos  
 Troca de curativo do acesso a cada 24 horas e/ou se apresentar sujidade  
 Fazer uso de proteção com plástico envolto por fita adesiva na hora do banho  
 Trocar acesso venoso a cada 72 horas, ou em caso de indicação clínica (sinais de infecção)  
 Manter técnicas asépticas sempre que vai manipular o cateter  
 Testar o acesso se queixa álgica no local central. Ongéticos  
 Desinfetar o curativo do acesso venoso com álcool 70% em solução, feita da troca e assinatura legível  
 Higienizar as mãos para qualquer contato com o cateter  
 Assinatura e Carimbo do Enfermeiro responsável pelo atendimento.

**Cópia Autenticada**  
 Prefeitura Municipal de São Carlos  
 Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence  
 10/10/2016  
 Dr. Marcos Antônio Marques de Paula  
 Coordenador Médico SAIM - HUCFS  
 CRM-SP 14310 / CGB 200400000000000000

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: \_\_\_\_\_  
Horário Início: \_\_\_\_\_  
Horário Término: \_\_\_\_\_

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE D**  
RH: 0000570240 NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA  
MAE: ANTONIA JOSE DE PAULA  
DT. NASC.: 23/07/1973 SEXO : M IMP.: 10/08/2016 09:44

Paciente _____	RH _____	Sexo _____	Idade _____
Orientador _____		CRM _____	
cirurgião <u>Dr. Alidandro Vargas</u>		CRM _____	
Nome completo) _____		CRM _____	
1º assistente <u>Dr. Jorge Adriano</u>		CRM _____	
2º assistente <u>Dr. Carlos Rosa</u>		CRM _____	
3º assistente _____		CRM _____	
Anestesia _____		CRM _____	

Diagnóstico Pré Operatório Síndrome da fratura de rádio distal  
requerido

Operação Proposta Correção de deformidade do punho  
requerido

Operação Realizada o punho

Tratamento Pós Operatório o punho

Exame Imediato do Patologista (Congelação) \_\_\_\_\_

Material dado à Peça \_\_\_\_\_

Eventos durante a operação \_\_\_\_\_

**Cópia Autenticada**  
Prefeitura Municipal de São Carlos  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal Dr. José C. Florento  
16 FEV 2017  
Dr. Marcos Antônio de Xavier  
Concedido e Autenticado  
CRA 37 11078 / CRB 01 05417090002

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

CRM:

Nome:

① Paciente em DSH, 70h, histórico de fratura do ulna

② Realizada a anti-MMA + colocação da canula por técnica e parafusos para fixação

③ Insuficiência vascular do punho e dedos na manobra de Allen, normalização da deformidade

④ Realizada a osteotomia do rádio distal, correção da deformidade e fixação com placa "T" 3x3 com 3 parafusos + 2 fios K para estabilização do rádio.

⑤ Estabilização do rádio. Normalização por escopia, boa redução e alinhamento!

⑥ Incisão dorsal e enucleação do rádio distal

⑦ Sutura por planos. Anestesiologia com curativos de todos os dedos da mão

⑧ Sutura por planos. Curativos 2 polegadas antebraço e punho

⑨ RLA 1



Cópia Autenticada  
Prefeitura Municipal de São José  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal Dr. José C. Pereira  
16 FEB 2017  
Dr. Marcos Antônio Xavier  
Coordenador Médico Saúde Bucal  
0849 1178 / 053 25521233



HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE D

RH: 0000570240 NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

Antibio. Cefepime 2g 12:30 h  
 : \_\_\_\_\_ hs.

MAE: ANTONIA JOSE DE PAULA  
 DT. NASC.: 23/07/1973 SEXO: M IMP.: 10/08/2016 09:44

TIPO DE ANESTESIA: EPD + Sedação

NOME: Marcos Antonio Marques IDADE: 43 RH: S70240 SEXO: MASC  FEM.

DIAGNÓSTICO: fratura Anelada E CIRURGIA: Osteossintese

DATA: 10/03/16 CIRURGIÃO: N. Xavier ASSISTENTE: Caio M.P.A.: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ EST. FÍSICO: ASA I

HORA: 13:30 13:30 14:30 15:30

AGENTES	02			
LÍQUIDOS	MSD: <u>20</u>	SF <u>50</u>	EL <u>50</u>	
% SAT O2	<u>99</u>	<u>99</u>	<u>99</u>	<u>99</u>
CO2				
ESE				
EKG	<u>RS</u>	<u>RS</u>	<u>RS</u>	<u>RS</u>

A ANESTESIA: \_\_\_\_\_  
 U PA: \_\_\_\_\_  
 PULSO: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_  
 TEMPER: \_\_\_\_\_  
 ASPIRAÇÃO: \_\_\_\_\_  
 PA MEDA: \_\_\_\_\_  
 INTANEA: \_\_\_\_\_  
 JILADA: \_\_\_\_\_

Cópia Autenticada  
 Prefeitura de Maricá RJ  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Hospital Municipal Dr. José Florenti  
 10/03/2016

SÍMBOLOS: X

AGENTES/DOSES	MONITORIZAÇÃO	LÍQ. ADMINISTRADOS	Q. PERDIDOS:
<u>EPD</u>	<input type="checkbox"/> FIORESCÓPIO <input type="checkbox"/> SWAN-GANZ	RINGER _____	SANGUE _____
<u>Morfina 1mg/ml 1/100 ml 20mg</u>	<input type="checkbox"/> ALMO ANÁSTIA <input type="checkbox"/> EST. PERIFÉRICO	FISIOLOG. _____	SINGRA _____
<u>Lidocaina 1,5% 100 ml 20ml</u>	<input type="checkbox"/> PACEMAKER <input type="checkbox"/> EST. ESOF	GLICOSE _____	SANGUE _____
	<input type="checkbox"/> FORMADOR PULSO <input type="checkbox"/> EST. RECORD	SANGUE _____	PLASMA _____
	<input type="checkbox"/> REGULADOR GASES <input type="checkbox"/> TEMP. VENTIL	OUTROS _____	TOTAL _____
	<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	TOTAL _____	TOTAL _____

ANOTAÇÕES:  
 X- Identifi feridas, monitorizadas, evoluente msd ja  
 P Sedação  
 @ Bloqueio de paina traqueal e via subcutanea com analgesia de 200mg sem monitorização.  
 @ Cefepime 2g Duas vezes em 24h

TÉCNICA:

Indicador da RA por Claudia

hora da admissão: 13:55

hora da alta

Escala de dor:

Hora	13:55			
Nota	4			

Dispositivos Utilizados na RA: ( ) Colar de O<sub>2</sub> ( ) Neulização ( ) PASE ( ) Dispositivo térmico  
 ( ) ECG ( ) Oximetro de pulso ( ) Outros

Índice de Avaliação Pediátrica (0 - 12 anos) Passado em Situação

Parâmetros/Nota	Nota	0	15	30	60	90	Observações
Vias aéreas	2						
Tosse ou chiço	1						
Respira facilmente	0						
Flocoar manutenção							
Consciência	2						
Desperto	1						
Responde a estímulos verbais ou táteis	0						
Não responde							
Movimentação	2						
Movimenta os membros intencionalmente	1						
Movimenta não intencional	0						
Não se movimenta							
Total:							

Índice de Aldrete Krowlik

Parâmetros minutos	Nota	13:55	14:10	14:30	15:25	60	90	120
Atividade motora	2							
Capaz de mover os 4 membros	1	1	1	1	2			
Capaz de mover os 2 membros	0							
Incapaz de mover os membros								
Respiração:	2	2	2	2	2			
Respira profundamente ou tosse livremente	1							
Dispneia ou limitação respiratória	0							
Apréxia								
Circulação:	2	2	2	2	2			
PA +/- 20% menor que no pré-anestésico	1							
PA +/- 20% a 40% do pré-anestésico	0							
PA +/- 50% do pré-anestésico								
Nível de Consciência	2	2	2	2	2			
Desperto totalmente	1							
Desperto ao chamado	0							
Não responde								
Saturação de Oxigênio	2	2	2	2	2			
Maior que 92% em ar ambiente	1							
Necessita de O <sub>2</sub> para saturação maior que 90%	0							
Menor que 90% com O <sub>2</sub> suplementar								
IAR - TOTAL Obs: 5 ou mais pontos oferecem segurança para alta da RPA		10	09	09	10			

Cópia Autenticada  
 Prefeitura Municipal de São Carlos  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Hospital Municipal Dr. José C. Teixeira  
 16 FEB 2017  
 Dr. Marcelo Augusto Xavier  
 Coordenador Médico SACS-HMCS  
 Hospital Municipal de São Carlos

Controles:

	HORA	PAIN	FC	SpO2	TEMP	PAM-FIC	SORO	DIURSE	COMPLICAÇÕES
0	13:55	130/70	74	98%	35,6°	0	Serum		
15	14:10	122/54	61	96%	35,6°				
30	14:30	120/50	72	97%	36,0°				
45	15:15	121/52	56	97	36,0°				
60									
90									
120									

Anotações de Enfermagem:  
 13:55 Admissão na RPA, recebendo mantendo AUP USO 7kg  
 15:30 liberação do site de RPA pelo anestésico  
 16:15 alta para casa com curativo e medicação, após  
 análise do animal e sua condição, encaminhado para  
 casa com curativo e medicação, após 3 dias  
 de observação, a seguir para o 3º dia de observação  
 em casa - Sane

Prescrição Médica (Anestesiologista):  
 Dr. Marcelo Augusto Xavier

Matéria de alta de F...  
 Anestesiologista Responsável: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_  
 Enfermeiro: \_\_\_\_\_  
 TATA enfermagem ( ) Drenos ( ) SVD ( ) SME  
 Escala de dor ( ) Clínica





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (SAEP)

Nome do Paciente: Maués Antonio M. de Paula COLE AQUI A ETIQUETA

Data de nasc: 23.07.78 Sexo:  Feminino  Masculino

RH: 570240 Cirurgia Proposta: MBO Gg.

CHECK LIST DO PACIENTE CIRÚRGICO

AMBULATÓRIO  VISITA PRÉ DE ENFERMAGEM

	ELETIVO		UCA	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Confirmado dados do paciente ( Nome/Data nasc / RH )	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Confirmado procedimento a ser realizado	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Conferido consentimento informado preenchido e assinado ( anestésico / transfusão )	SIM	NÃO	SIM	NÃO
O paciente tem conhecimento do procedimento a ser realizado	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Conferido exames pré-operatório	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Avaliação pré-anestésica	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Avaliação do Cardiologista	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Verificado alergias - Qual(is)? <u>Não</u>	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Realizada reconciliação medicamentosa	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Indicado se foi feita a reserva de hemoderivados (se pertinente)	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tipagem sanguínea	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Solicitado reserva de vaga de UTI ( se pertinente ) no aviso cirúrgico?	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Confirmado cirurgia no mapa cirúrgico	SIM	NÃO	SIM	NÃO

ANOTAÇÕES: Quanto ao caso de cirurgia para o abdômen inferior, já foi realizado em 20/07/16 em UTI. Aguardando a reserva de vaga de UTI.

13/07/16 Para visita pré-operatória de enfermagem confirmo cirurgia no mapa e não há reserva de hemoderivados e vaga de UTI. Aguardo

*Assinatura e Carimbo*  
Assinatura e Carimbo

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Jejum:  Não  Sim; a partir de 02 h 00 min. Solução de maltodextrina às    h    min, Data:    /    /   

Retirada de Prótese Dentária	SIM	NÃO	Confirmado esvaziamento vesical	SIM	NÃO
Retirada de Roupa íntima	SIM	NÃO	Coleta de sangue	SIM	NÃO
Retirada de Esmalte	SIM	NÃO	Identificação (Pulseira branca com nome completo / RH e D.O)	SIM	NÃO
Retirada de adornos	SIM	NÃO	Integridade da pele	SIM	NÃO
Retirada de cabelos artificiais	SIM	NÃO	Presença de lesão - Local	SIM	NÃO

EXAMES COMPLEMENTARES

RX  U. Som  Cat  Tomografia  Ressonância  ECG  GLIC  
 HB  HT  PLAQ  LEUC.  TC  TS  BILI  
 TGO  TGP  Outros:

SINAIS VITAIS

Hora	PA	FC	FR	Saturação	T°	Dexa	s/n
	/ mmHg	bpm.	rpm.	%	°		mg/dl
	/ mmHg	bpm.	rpm.	%	°		mg/dl

ANOTAÇÕES:

*Carimbo e Assinatura*  
Carimbo e Assinatura

Encaminhado o Paciente da Unidade Ida para o Centro Cirúrgico às 1200 h

Enfermagem:    COREN:   

Responsável pelo transporte:    1200    COREN:



Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence

SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

### TERMO DE CIÊNCIA, CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTO E CIRURGIAS

Consentimento informado - Norma técnica resolução SS-169 de 19/06/96.

Autorizo o Dr(a) Luís Nery e equipe de Ortopedia a realizarem o seguinte procedimento: Cirurgia de

Segunda via Ponto (E)  
Os doutores acima mencionados explicaram-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a que serei submetido, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo qualquer outro procedimento ou tratamento, incluindo transfusão de sangue, situações imprevistas que possam ocorrer e/ou necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: Moisés Antônio Marques da Silva

Paciente     Responsável

#### Preenchido pelos Médicos:

Explicamos detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável o procedimento, seus riscos e alternativas terapêuticas possíveis. Foram respondidas satisfatoriamente todas as perguntas, e acredito que o paciente / responsável compreendeu tudo que explicamos. Assumimos a responsabilidade pela realização do procedimento a que será submetido o(a) Sr(a): Moisés Antônio Marques da Silva

Luís Nery  
Nome: \_\_\_\_\_

São José dos Campos 07/11

**Cópia Autenticada**  
Professora Municipal de São Carlos  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence  
16 FEB 2017  
Dr. Marcos Vinícius Xavier  
Coordenador Médico SAMC-UNICF  
CRA 11478 / CRP 20482-41/08337



HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ D

RH: 0000570240 NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

UFERMAGEM

MAE: ANTONIA JOSE DE PAULA DT. NASC.: 23/07/1973 SEXO : M IMP.: 10/08/2016 20:18

Nome: \_\_\_\_\_ RH: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Nº de Filhos: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_

Data: 10/08/16 Clínica: IV Leito: 403

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL	LISTA DE PROBLEMAS		
	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	INÍCIO DA ABORDAGEM	TÉRMINO DA ABORDAGEM
DO CORAÇÃO arterial hipertensão	- Risco de infecção Instabilidade física miocárdio		
ANTECEDENTES PESSOAIS	<p><b>Cópia Autenticada</b> Presidência Municipal de São Carlos Secretaria Municipal de Saúde Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence 16 FEB 2017 Dr. Marcos Andrade Xavier Concedido por Médico SAMC-FAMICT CRM 37.31.003 / 13620464-0000000</p>		
<input type="checkbox"/> Diabetes			
<input type="checkbox"/> Cardiopatias			
<input type="checkbox"/> Doenças Infecto Contagiosa			
<input type="checkbox"/> Outras doenças			
<input type="checkbox"/> Tabagismo			
<input type="checkbox"/> Etilismo			
<input type="checkbox"/> Drogas			
<input type="checkbox"/> Cirurgia Anterior			
<input type="checkbox"/> Alergia			
<input type="checkbox"/> Antecedentes Familiares			
MEDICAÇÃO EM USO:			
OUTRAS INFORMAÇÕES:			



HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ CARVALHO DE FLORENCE  
SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina



**Ambulatório**  
**ORIENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

- NOME DO PACIENTE: Marcelo Antônio Marques da Paula
- DATA DA CIRURGIA: 10/08/16
- INTERNAR ÀS 09:00 HORAS DO DIA 10/08/16
- TIPO DE CIRURGIA: Cateter + Salve Laparoscopia
- JEJUM A PARTIR DAS 00:00 DA VESPERA DA CIRURGIA DO DIA 09/08/16
- **PROCURAR O SETOR DE INTERNAÇÃO NA RECEPCÃO PRINCIPAL DO HOSPITAL MUNICIPAL**
- **VIR ACOMPANHADO PARA A INTERNAÇÃO** (por acompanhante maior de idade que deverá trazer documento original com foto). **Menores de idade vir acompanhado dos pais ou responsável legal**
- PACIENTES COM DIREITO ACOMPANHANTE NO QUARTO: **MENORES DE 18 ANOS, MAIORES DE 60 ANOS E PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS.**
- **TRAZER TODOS OS EXAMES, CARTÃO SUS E DOCUMENTO ORIGINAL (RG, CNH, Certidão de nascimento).**
- Trazer **PARA USO DE HIGIENE PESSOAL** (ESCOVA DE DENTE, PENTE, SANDÁLIA, ETC.)
- **PIJAMA, CAMISOLA E TOALHA DE BANHO É OPCIONAL, A TOALHA DE BANHO DEVERÁ SER COLORIDA.**
- **NO DIA ANTERIOR À CIRURGIA TOMAR BANHO E LAVAR O CABELO. NO DIA DA CIRURGIA TOMAR BANHO E NÃO MOLHAR O CABELO, NÃO UTILIZAR CREMES, DESODORANTE NEM MAQUIAGEM.**
- **NÃO TRAZER PARA O HOSPITAL OBJETOS DE METAL COMO: RELÓGIO, CORRENTES, PULSEIRAS, BRINCOS, ANEIS, CELULARES, ÓCULOS, ETC.**
- **RETIRAR PRÓTESE DENTÁRIA ANTES DE IR PARA O CENTRO CIRÚRGICO.**
- **NÃO UTILIZAR ESMALTE COLORIDO, CASO QUEIRA APENAS UMA BASE.**
- **RETIRADA DE PELOS SERÁ REALIZADA NO HOSPITAL, SE PREFERIR DEPILAÇÃO DEVERÁ SER REALIZADO 03 DIAS ANTES DA CIRURGIA.**
- **É PROIBIDO TRAZER ALIMENTOS PARA O HOSPITAL.**
- **CASO UTILIZE APLIQUE CAPILAR SINTÉTICO OU NATURAL (CANECALON, MEGA HAIR, ETC) RETIRAR ANTES DA DATA DE INTERNAÇÃO.**
- **CASO HAJA DESISTÊNCIA DA CIRURGIA POR PARTE DO PACIENTE FAVOR NOS INFORMAR ALGUNS DIAS ANTES (PESSOALMENTE)**

**Cópia Autenticada**  
Hospital Municipal de São Carlos  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal de São Carlos  
16 FEB 2017  
Dr. Marcos Andrade Xavier  
Coordenador Médico SMH-HM/CF  
RUA SP 147/51 | 013 23444113/33003



### FICHA DE INTERNAÇÃO-SUS

Número do Atendimento: 1608015004



NOME.....: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

RH: 0000570240

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que sou responsável pelo paciente e que tomo ciência do regulamento do hospital.

São José dos Campos, 10 de Agosto 2016

ANTONIA ELENILCE MARQUES DE PAULA  
RG : 23447300-9

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO - I

Autorizo o corpo clínico do HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE D a realizar exames, procedimentos e tratamentos médicos que forem julgados necessários ou prudentes, inclusive cirurgias, anestesia, transfusões de sangue, bem como eventual necrópsia.

São José dos Campos, 10 de Agosto 2016

ANTONIA ELENILCE MARQUES DE PAULA  
RG : 23447300-9

**Cópia Autenticada**  
Prefeitura Municipal de São José dos Campos  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal Dr. José C. Florence  
6 FEV 2017  
Dr. Marcos Andrade Xavier  
Coordenador Médico SAÚDE-HIA  
CRM 91117/3 / OR 2044/06

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO - II

- Autorizo, após alta, o paciente a sair desacompanhado, desde que não haja impedimento médico legal.
- Não autorizo o paciente sair desacompanhado e comprometo-me a retirá-lo no prazo de 24 horas, após o qual o paciente fica autorizado a sair desacompanhado.

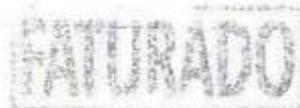
Em se tratando de menor ou incapaz, estou ciente que o HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE D através de medidas legais, fará o encaminhamento do mesmo caso não seja retirado após sua alta.

Por estar ciente e de acordo com os termos acima, firmo de livre e espontânea vontade o presente compromisso.

São José dos Campos, 10 de Agosto 2016

Responsável: ANTONIA ELENILCE MARQUES DE PAULA  
Documento: RG : 23447300-9

Funcionário: 5405402 -CLEISULA APARECIDA DIAS CHAVES





## FICHA DE INTERNAÇÃO-SUS

### Dados da Internação

Número do Atendimento: 1608015004  
Nº Atendimento Tasy: 0

Cod. Barras Nº Atend. Vector



1608015004

Cod. Barras Nº Atend. Tasy



0

Unidade Hospital...: INTERNACAO

Leito Internação...: 408

Especialidade...: ORTOPEDIA

Médico Solicitante: 114783 - MARCOS ANDRADE

CCusto Solicitante: PS ATENDIMENTO ADULTO

Tipo Internação...: ELETIVA

Diag. Entrada (CID.) S62.8 - FRAT DE OUTR PARTES E DE PARTES NE PUNHO MA

Hip. Diagnóstica...: FRAT DE OUTR PARTES E DE PARTE

Categoria...: SUS

Unidade Internação: CLINICA CIRURGICA IV

Data Internação...: 10/08/2016 09:36

C.N.S. 204464410360002

Tipo Tratamento...: CIRURGICO

Origem Paciente...: PRONTO SOCORRO

### Identificação do Paciente

NOME...: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA RH: 0000570240

Data de Nascimento...: 23/07/1973 Sexo: M C.N.S. 898004283897797

Cor...: PARDA Idade: 43 Estado Civil...: SOLTEIRO(A)

Natural de...: 230410-CRATEUS Nacionalidade...: BRASILEIRA

Grau de Instrução...: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO Religião...: CATOLICA

Profissão...: 33175-ENCARREGADO DE PAGAMENTO

Conjuge...:

Filiação...: Pai : ANTONIO MARQUES DE PAULA Mãe : ANTONIA JOSE DE PAULA

C.P.F. 54000653334 R.G. 34.213.211-8 - SSP/CE 2803/2014

Endereço...: R DIAMANTINA,490

Ponto de Referência: FONE.: (129) 8820-2039

Código-Bairro...: 0000 - JARDIM ISMÊNIA CEP.: 12220-669

Código-Cidade...: 354990 - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS Estado: SP

### Dados do Responsável pela internação

Nome...: ANTONIA ELENILCE MARQUES DE PAULA

Sexo...: FEMININO Cor...: BRANCA Est. Civil...: SOLTEIRO

Nacionalidade...: BRASILEIRA Profissão: VENDEDOR DE COMERCIO ATACADISTA

Telefone...: ()-

Documento...: RG : 23447300-9

Residência...: O MESMO, CEP...: -

Bairro...:

Cidade:

Estado:

### Observações

SUS 898004283897797 CRA 950106

Saída: 15/08/16

Condições: ( / ) Alta ( ) Óbito ( ) Transferência

Atendimento 100% SUS - É vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares de assistência devida ao paciente

Registrante: 5405402

Alterado por:

Assinatura do Responsável

FATURADO

10/08/16

Professora Patricia de S. Camargo  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal Dr. José D. Saigiro Nakamura  
10 FEB 2017  
MARCOS ANDRADE YAMIER  
Coordenador Médico SAIGIRO NAKAMURA  
Hospital Municipal Dr. José D. Saigiro Nakamura

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3170559931

**Nome do(a) Examinado(a):** MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA FREI VIDAL DA PENHA, 2327 -  
Crateús/CE - CEP 63700-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 342132118 - SSP - 26/03/2014

**Data e Local do Acidente :** 18/01/2016 - CRATEÚS - CE

**Data e Local do Exame :** 14/11/2018 RUA CEL LÚCIO, 221 - CRATEÚS/CE -  
CEP 63700-000

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO

FRATURA DO 4º E DO 5º METACARPOS ESQUERDOS

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE NO PUNHO E NA MÃO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO. EVOLUIU COM INFECÇÃO E PSEUDOARTROSE, NECESSITANDO DE NOVAS CIRURGIAS. APRESENTA RESUMO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR DATADO DE 02/05/2018 DO HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DS CAMPOS QUE REFERE DEFORMIDADE PÓS-TRAUMÁTICA DO 4º E 5º METACARPOS ESQUERDOS E RECEBE ALTA E SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE DO 4º E 5º METACARPOS. FEZ FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA EM NOVEMBRO DE 2018.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

CICATRIZES CIRÚRGICAS NO PUNHO E NO DORSO DA MÃO ESQUERDA, DEFORMIDADE ESTRUTURAL COM AFUNDAMENTO AO NÍVEL DO 4º E 5º METACARPOS, LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DE FLEXÃO DO 4º E 5º DEDOS, DEFORMIDADE NO 5º DEDO, LIMITAÇÃO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO, ADUÇÃO E ABDUÇÃO DO PUNHO ASSOCIADO A DEFORMIDADE ESTRUTURAL COM ANTERIORIZAÇÃO DA ULNA, DIMINUIÇÃO MODERADA DA FORÇA DE PRENSÃO PALMAR E HIPOTROFIA MODERADA/GRAVE HIPOTENAR E LEVE TENAR.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [ ] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [ ] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

SEQUELA ANATÔMICA E FUNCIONAL MODERADA DA MÃO PELA DEFORMIDADE ESTRUTURAL, PELA DIMINUIÇÃO DA FORÇA E PELA PERDA PARCIAL DOS MOVIMENTOS

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( ) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

MÃO ESQUERDA

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**

REFERE TRAUMA NO OMBRO DIREITO, MAS NÃO APRESENTA DOC.



Dr. Greive Freitas Cavalcante  
- Médico - CRM 9050

---

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE



**SOLICITAÇÃO DE PEDIDO DE PERÍCIA ATRAVÉS DA  
SEGURADORA LÍDER, CONFORME CIRCULAR 099/2011.**

**À SEGURADORA LÍDER:**

VÍTIMA: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

TELEFONES: (88) 992232909 / (88) 998714005 SINISTRO: \_\_\_\_\_

**Obs.: Pedido de Perícia através da Seguradora Líder, conforme Circular 009/2011.**

Anexos:

I - BAM:

( ) Sim ( ) Não

II - Prontuário Médico:

(X) Sim ( ) Não

III - Declaração de Internação e Alta:

(X) Sim ( ) Não

IV - Certidão do Corpo de Bombeiros:

( ) Sim ( ) Não

18 OUT 2017

Informo a essa respeitada Empresa que sofri acidente de trânsito e adquiri debilidade permanente em decorrência do acidente. No entanto, já encaminhei todos os documentos que possuo referente ao meu tratamento, motivo pelo qual, solicito a perícia médica de V. S<sup>a</sup>.

Esclareço que sou pessoa humilde e necessito da indenização.

Caso não seja realizada perícia, entrarei com reclamação junto a SUSEP e com Ação Judicial.

Sendo assim, conto com a colaboração desse órgão.

Marcos Antonio Marques do PAULA  
Assinatura

Data: 09 / 08 / 2017

## "DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA"

**MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**, brasileiro, solteiro, afastado, portador da cédula de identidade sob o nº 34.213.211-8 e inscrito com CPF sob o nº 540006533-34, residente e domiciliado na Localidade Quirino, zona-rural Crateús, /CE CEP: 63700-000, **DECLARA** para os devidos fins de direito, nos termos do artigo 4.º da Lei 1060/50, e artigo 1.º da Lei 7115/83 que é pessoa reconhecidamente pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições de arcar com as custas, e despesas processuais, sem privar-se dos meios necessários à sua subsistência e de sua família.

Por ser expressão da verdade, firma a presente declaração, ciente de que sujeitar-se-á às sanções civis e criminais, em caso de falsidade.

Crateús/CE, 16 de junho de 2017.

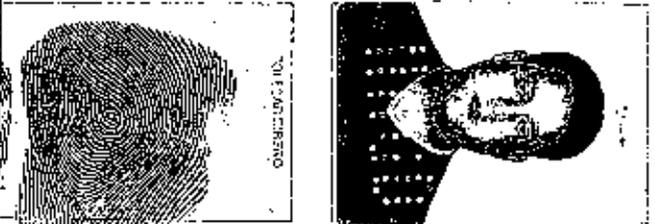
*x Marcos Antonio Marques de Paula*

**MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**



ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMELTON CALINI

752-6



Marcio de Moraes Palhares

CARTÃO DE IDENTIDADE

INDUSTRIAL 38.190.132-9 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/JUN/2006

UNOME MARCIO DE MORAIS PALHARES

FILIAÇÃO DANILAO PALHARES DA COSTA

PAI MARIA SOCORRO DE MORAIS PALHARES

NATURALIDADE RIO DE JANEIRO - RJ DATA DE NASCIMENTO 06/MAR/1980

RESIDÊNCIA RIO DA JANEIRO - RJ SANTA CRUZ DN: L-AS / FLS. 150 / N. 001499

ASSINATURA DO DIRETOR

El Nº 7.116 DE 28/08/83



Autenticar, para os devidos efeitos, a presente cópia reprográfica do documento que me foi apresentado em Cartório pela parte interessada. Dou fé.

CRATELUS CE 26 JUN 2017

Em Test. de Validação

Bete Silvéria Barreto Cavalcante - Oficial  
 Fabiana Barreto Cavalcante-Substituta  
 Soraya Barreto Cavalcante-Substituta

ARQUIVO CAVALCANTE  
de Ofício Registro de Imóveis  
Junior Pinheiro Ferreira  
Escriturante Substituto

PROPRIETÁRIO DA MOTO

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura: MARCIO DE MORAIS PALHARES

MARCIO DE MORAIS PALHARES

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 17/06/98

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: MARCIO DE MORAIS PALHARES

Nº de Inscrição: 289480388-50

Data de Nascimento: 06/03/80




Autenticar, para os devidos efeitos, a presente cópia reprográfica do documento que me foi apresentado em Cartório pela parte interessada. Dou fé.

CRATELUS CE 26 JUN 2017

Em Test. de Validação

Bete Silvéria Barreto Cavalcante - Oficial  
 Fabiana Barreto Cavalcante-Substituta  
 Soraya Barreto Cavalcante-Substituta

19 OUT 2017

ARQUIVO CAVALCANTE  
de Ofício Registro de Imóveis  
Junior Pinheiro Ferreira  
Escriturante Substituto

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARCIO DEMORAIS PALHARES

RG nº 38.180.132-9 data de expedição 05/06/2006, Órgão SSP/RJ

CPF nº 189480388-50, 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 Frei Vidal da Penha</u>
Número	<u>2327</u>
Apto / Complemento	<u>cos</u>
Bairro	<u>Satima I / Ponte Preta</u>
Cidade	<u>Gratuis</u>
Estado	<u>Leopoldina</u>
CEP	<u>63700-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	<u>marcio.palhares@hotmail.com</u>



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Gratuis, Le 17 de agosto de 2017

Assinatura do Declarante: Marcio de Moraes Palhares

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 012991598370

DETRAN - CE  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COO. RENAVAM 00478004630 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2016

NOME  
 MARCIO DE MORAIS PALHARES  
 \*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 CRATEUS /CE

CPF / CNPJ 28948038850 PLACA BIN2886/CE

PLACA ANT / UF /CE 9C2KD0550CR304465

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 2ROS ES ANO FAB 2012 ANO MOV 2012

CAP / POT / CIL 2R/9CV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

I P V A	COTA ÚNICA *****	VENC. COTA ÚNICA **/**/****	VENC / COTAS 1ª *****
	FAIXA IRVA *****	PARCELAMENTO / COTAS *****	2ª *****
			3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO \*\*\*\*\*

OBSERVAÇÕES  
 \*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*

LOCAL CRATEUS DATA 05/08/2016

Igor Ponte Superintendente DETRAN-CE



UD07

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012991598370 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br  
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 05/08/2016

VIA 01 CPF / CNPJ 28948038850 PLACA BIN2886

RENAVAM 00478004630 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 2ROS ES

ANO FAB 2012 CALIBRE 08 Nº CHASSI 9C2KD0550CR304465

PRÊMIO TARIFÁRIO  
 FNS (R\$) 129,04 DENATRAN (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) 290,01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
 COTA ÚNICA  PARCELADO 05/08/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04  
 www.seguradoralider.com.br

AGTOR: KD05E50304465 04676



Autenticar, para os serviços eletrônicos, a presença da cópia registrada deste documento que me foi apresentada em Cartão pela parte interessada. Dou fé. CRATEUS DE 26 JUN 2017 Em Res. de 19/07/2017. Junior Almeida Formosa Escriturante Substituto 39 Cartões de Imovel



19 OUT 2017

CONTINENT

CONTIN

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
CRITÉRIO NACIONAL DE REABILITAÇÃO

NOME: ANDRÉZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA

DOC IDENTIFIC. CDDA ANEXO 17: 2002005154760 SSP CE

CPF: 600.189.963-02 DATA NASCIMENTO: 20/09/1987

FUNÇÃO: EDVALDO MARTINS DA MAIA  
MARIA DULCINEIDE ALMEIDA MELO DA MAIA

PROFISSÃO: ACC: CATEIA:

Nº Registro: 631258165 Nº Matrícula: 10/02/2007

SEM OBSERVAÇÃO:

*Assinatura de Edvaldo Martins da Maia*  
ANEXO 17 - CDDA

LOCAL: CRATEUS, CE DATA EMISSÃO: 17/10/2012

FRANCISCO SÉRGIO RAS DAMASCENO 96813568024  
PROFESSOR DE EDUCAÇÃO 1E132753091

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL: 631258165

PROFISSÃO FORTIFICADA: 631258165

SABEM SEGURANÇA S/A

19 OUT 2017

RECEBIDO



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **600.189.963-02**

Nome: **ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA**

Data de Nascimento: **20/09/1987**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **08/04/2003**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **19:16:52** do dia **28/08/2017** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **D2C4.D7EB.BE11.F94A**



15/08/2017

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

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





0012

Documento de identidade

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

34.213.211-8 VALIDADE EXP. 26/MAR/2014

NOME MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

FUNÇÃO ANTONIO MARQUES DE PAULA

E ANTONIA JOSE DE PAULA

CRATEUS - CE DATA EMISSÃO 23/JUL/1973

CRATEUS - CE

POTI

CN: LV.A006/FLS.0240/N.009013

540006533/34

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

SABEM SEGURADORA S/A

19 OUT 2017

RECEBIDO

*Handwritten signature/initials*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICHARDO GUARIBETOS DA SILVA

8400-9

PROIBIDO PLASTIFICAR

ASSINATURA DO TITULAR

FOTO

COLÉCAR DIRETO

CARTeira DE IDENTIDADE



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **540.006.533-34**

Nome: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**

Data de Nascimento: **23/07/1973**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **27/11/1992**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **19:06:02** do dia **28/08/2017** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **AED6.8532.E81A.E688**



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

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

28/08/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marcos de Moraes Palhares  
RG nº 38.180.132-9, data de expedição 09/06/2006  
Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 239.480.388-50, com  
domicílio na cidade de Cratéis, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Frei Vidal da Penha nº 2327,  
complemento São José, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Marcos Antônio Marques de F. cujo o condutor era  
Carlos Alberto Nunes Moraes.

Veículo: MOTOCICLETA/GASOLINA  
Modelo: BMW/NXA 350 ES  
Ano: 2012  
Placa: CTN 2836  
Chassi: 9C2K00550CR304465  
Data do Acidente: 18/01/2016  
Local e Data: \_\_\_\_\_

Marcos de Moraes Palhares  
Assinatura do Declarante

Carlos Alberto Nunes Moraes  
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



02  
RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº CJ 26681  
CARTÓRIO CARVALHO  
Rua Cel. Lucio Costa  
Centro - Cratéis - CE  
Reconheço (s) firma(s) por autenticação  
Doutor CRATELUS-CE  
Em: \_\_\_\_\_  
Verdade.  
Dra. Silvana Barreto Cavalcante  
Fabiana Barreto Cavalcante  
Valvano Cerdezo Barros Pimentel  
CARTÓRIO CARVALHO

02  
BOLETO COBRANÇA Nº 073014 TVCG

Doutor CRATELUS-CE  
26 ABR 2016

Cartório do Barão do Norte, S/A  
Rua Cel. Lucio Costa, nº 100 - Centro - Cratéis - CE  
Fone: (85) 3381-1111

## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu ANDREZZA M. ALMEIDA MELO DA MAIA, portador(a) do RG nº 2002005164769, expedido por SSP/CE, em 17/10/12, CPF/CNPJ nº 600.189.963-02

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDES da vítima MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUZO Renda Mensal: R\$ RECUZO

Documentos comprobatórios: RECUZO

x Andrezza M. Almeida Melo da Maia  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

SABEMI SEGURODORA S/A
19 OUT 2017
RECEBIDO



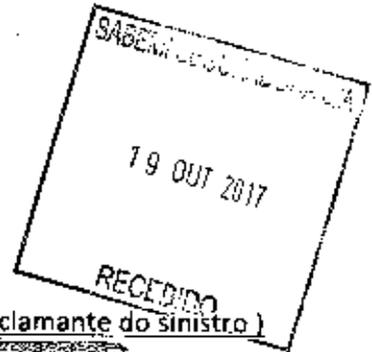
Declaração do Proprietário do Veículo

EU, MARCIO DE MORAIS PALHARES  
RG nº 38.180.132-9, data de expedição 05/06/2006  
Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 289.480.388-50 com  
domicílio na cidade de CRATEÚS, no Estado de  
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA FREI VIDAL DA PENHA, PONTEPRETA, nº 2327,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima MARCOS ANTº MARQUES PAULA cujo o condutor era

Veículo: HONDA  
Modelo: Honda NXR150 BROS-ES  
Ano: 01N2886/CE  
Placa: 2012  
Chassi: 9C2KDDOSSOCR304465  
Data do Acidente: \_\_\_\_\_  
Local e Data: 18/01/2007 batuíns/ce 20/09/2017.



Marcio de Morais Palhares  
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



CARTÓRIO BEZERRA - 1º. OFÍCIO  
Reconheço(a) a(s) firma(s) SUPRA  
DE: MARCIO DE MORAIS PALHARES



Dou fé, Crateús - Ce, 20 SET, 2017  
Em Testemunho \_\_\_\_\_ da verdade



Dr Osvaldo Bezerra do Nascimento Jr.  
Rua Coronel Lúcio, nº 486 - Centro  
Crateús - Ceará - (88) 3691-0013