

**American Life Companhia de Seguros**

Av. Angélica, 2626, térreo - Consolação - São Paulo - SP - CEP 01228-220

CNPJ: 67.865.360/0001-27

Fone: (11) 3017.0022 - Fax: (11) 3017.0020

**AVISO DE SINISTRO  
MORTE NATURAL - TITULAR****Dados Pessoais do Segurado**

NOME

CPF

ADAO APARECIDO PEREIRA DA SILVA 02.486.8598/88

OUTRAS SEGURADORAS COM QUE POSSUI SEGURO (S) DE VIDA E/OU ACIDENTES PESSOAIS

**Dados do Reclamante**

NOME

CPF

ANTONIA FERREIRA DE AGUIAR 057402348/83

DDD TEL. FIXO

DDD

TEL. MÓVEL

E-MAIL

011 4606-3600 011 97332-8317

ENDEREÇO COMPLETO

COMPLEMENTO

AVENIDA TAPIRA Nº 393

BAIRRO

CEP

CIDADE / ESTADO

JARDIM AMÉRICA 3 13222-300 JARZEA PAULISTA

**Dados do Estipulante / Sub-Estipulante**

ESTIPULANTE

E-MAIL

SUB-ESTIPULANTE SINDICATO DOS SERVIDORES

E-MAIL

PÚBLICOS DE JUNDIAÍ - SINDSERJUN

atendimento@serdjum.com.br

**Dados a serem preenchidos pelo Empregador**

RAZÃO SOCIAL

E-MAIL

DT ADMISSÃO

ÚLTIMA OCUPAÇÃO

ÚLTIMO SALÁRIO

CONVÊNIO MÉDICO

ÚLTIMO DIA DE TRABALHO

APOSENTADO

DESDE

MOTIVO

AFASTAMENTOS DO TRABALHO NOS 3 (TRÊS) ÚLTIMOS ANOS (INFORMAR MOTIVO E PERÍODO)

LOCAL E DATA

ASSINATURA SOB CARIMBO

Autorizo a American Life Companhia de Seguros através de sua assessoria médica, a obter de todo e qualquer médico, instituições hospitalares e previdenciárias, que atenderam ao sinistrado, as informações sobre seu estado de saúde. Os médicos e/ou instituições informantes ficam liberadas da obrigação de guardar sigilo profissional.

Jundiaí 17 Janeiro

LOCAL E DATA

Antonia Ferreira Aguiar

ASSINATURA DO RECLAMANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

# CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME

**ADÃO APARECIDO PEREIRA DA SILVA**

MATRÍCULA

**116509 01 55 2016 4 00220 284 0097268-12**

SEXO

Masculino

COR

Branca

ESTADO CIVIL E IDADE

Solteiro, com 66 anos de idade.

NATURALIDADE

Atibaia, Estado de São Paulo

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

R.G. nº 15308693-2 - SSP / SP

ELEITOR

SIM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Pai: José Pereira da Silva (falecido)

Mãe: Maria Aparecida de Jesus (falecida)

End. falecido: Avenida Tapira, 393, Jardim América III, Várzea Paulista, Estado de São Paulo

DATA E HORA DO FALECIMENTO

vinte de setembro de dois mil e dezesseis às 02:00 (duas horas)

DIA MÊS ANO  
20 09 2016

LOCAL DO FALECIMENTO

no Hospital Paulo Sacramento, em Jundiaí - Estado de São Paulo

CAUSA DA MORTE

insuficiência respiratória aguda, pneumopatia crônica

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

Sepultamento no cemitério Nossa Senhora da Piedade, Várzea Paulista, deste Estado

DECLARANTE

Luis Pereira da Silva

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Dr. Carlos Augusto de Mattos - CRM nº 91.160

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

O falecido não deixou bens; não deixou usufruto; não deixou testamento conhecido; não era reservista; era eleitor em Várzea Paulista, SP; portador do CPF nº 024.868.598-88; deixou os filhos: Marcelo, com 35 anos e Marciel, com 39 anos. O falecido foi registrado em Barão Geraldo, SP (Lº A 4, fls. 94, nº 3167). Vivia maritalmente com Antonia Ferreira de Aguiar, há aproximadamente 20 anos.// (Reg. lavrado no Lv. C-220, fls. 284-V, nº 97268, aos 22/09/2016).-.-.Nada mais me cumpria certificar

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Jundiaí, 26 de setembro de 2016.

MARILIA ROCHA DE CARVALHO - Escrevente Autorizada

Bel. Marília Rocha de Carvalho  
Escrevente Autorizada

SAMARA MORAES SILVA  
Escrevente Autorizada



Registro Civil Jundiaí SP  
Desde 1875 - Tel: (11) 4586-2706  
AUTENTICAÇÃO  
AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA CONFORME  
O ORIGINAL APRESENTADO, E DOU FÉ  
BEL MARCIA A. SCIORILLI SCARPITTI

17 JAN 2017

cartório do REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO 1º SUBDISTRITO DA SEDE DA  
MUNICÍPIO E COMARCA DE JUNDIAÍ  
Jundiaí - Estado de São Paulo  
Rua Marechal Deodoro da Fonseca, 877 Centro  
C.E.P. 13201002 - TEL. (11) 4522-1809  
SITE www.1cartoriojundiai.com.br  
Marcia Aparecida Sciorilli Scarpitti - Oficial

JOSÉ CARLOS SCARPITTI  
MÔNICA DAIANE CASTRO SALES  
SAMARA MORAES SILVA  
ESCREVENTES AUTORIZADAS  
VÁLIDO SOMENTE C/O SELO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO  
1º SUBDISTRITO DA SEDE DA  
COMARCA DE JUNDIAÍ  
Rua Marechal Deodoro da Fonseca, 877  
Centro - CEP 13201-300

11650-9 - AA 000101364

11650-9-100001-102000-0816

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Nome do Segurado (a) ADAO APARECIDO PEREIRA DA SILVA.

Data do óbito 20 / SETEMBRO / 2016

Declaramos, expressamente perante a SEGURADORA AMERICAN LIFE CIA DE SEGUROS que a vítima acima faleceu no estado civil de UNIÃO ESTÁVEL, deixando o total de 02 filho (s), não deixando outro (s) herdeiro (s) legal (is) além do (s) abaixo mencionado (s), isentando-a, desde já, de qualquer responsabilização em caso de eventual pedido complementar de indenização do presente Seguro de Vida, por pessoa (s) diversas da (s) abaixo assinalada (s), sujeitando-me (nos) a devolução do valor recebido, caso seja constatada a declaração inverídica.

Declaro (ramos), ainda, que o segurado (a):

☐ não deixou companheira(o)

☒ deixou companheira(o) de nome ANTONIA FERREIRA DE AGUIAR

Esta declaração é expressão da verdade, pela qual me (nos) responsabilizo (amos), civil e criminalmente, sob as penas da Lei, em especial no artigo 299 do Código Penal.

| Nome do beneficiário                       | Qualidade de (Grau de Parentesco) | Assinatura                        |
|--------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1 <u>ANTONIA FERREIRA DE AGUIAR ESPOSA</u> | <u>ESPOSA</u>                     | <u>Antônia Ferreira de Aguiar</u> |
| 2                                          |                                   |                                   |
| 3                                          |                                   |                                   |
| 4                                          |                                   |                                   |
| 5                                          |                                   |                                   |
| 6                                          |                                   |                                   |
| 7                                          |                                   |                                   |
| 8                                          |                                   |                                   |
| 9                                          |                                   |                                   |
| 10                                         |                                   |                                   |

Observação: Reconhecer firma dos herdeiros acima e das testemunhas abaixo.

Testemunha 1: LUCIENE BERNARDINO DE AGUIAR.

Testemunha 2: LUIS ANTONIO LEITE DE FREITAS.

Importante: Este documento é único, devendo ser preenchido por todos os acima qualificados. Todos os campos são de preenchimento obrigatório e, na ausência de qualquer informação, a Seguradora, acima instituída, reserva-se do direito de não aceitar este documento.



Luciene Bernardino de Aguiar  
LUIS ANTONIO LEITE DE FREITAS.

**ESCRITURA PÚBLICA DE DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL**

**SAIBAM** quantos esta pública escritura virem que aos três dias do mês de janeiro do ano de dois mil e dezessete (**03/01/2017**), nesta Cidade e Comarca de Várzea Paulista do Estado de São Paulo, em Cartório perante mim, Escrevente Autorizado e das testemunhas adiante nomeadas e no final assinadas, compareceu como outorgante declarante e reciprocamente outorgada: **ANTÔNIA FERREIRA AGUIAR**, brasileira, do lar, viúva de Juvenal Bernardino de Aguiar, conforme certidão de óbito expedida aos 12/01/1992 nesta Serventia, extraída do Livro C-07, Folhas 029, Termo nº 1.564, portadora da Cédula de Identidade Registro Geral (RG) número 28.593.986-5 SSP/SP, inscrita no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF) sob número 057.402.348-83, filha de Miro Ferreira dos Santos e de Ivonete Maria da Conceição, residente e domiciliada na Avenida Tapira, nº 393, Jardim América III, nesta cidade de Várzea Paulista, São Paulo. Reconhecida como sendo a própria por mim, Escrevente Autorizado, pelos documentos apresentados, do que dou fé. Então, pela outorgante declarante e reciprocamente outorgada, ante as mesmas testemunhas, me foi dito que **viveu e residiu em União Estável, pelo período de 22 anos, com ADÃO APARECIDO PEREIRA DA SILVA**, que era brasileiro, solteiro, maior, nascido em Atibaia-SP, registrado no Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais de Barão Geraldo-SP no livro A-04, folhas 094, termo nº 3.167, possuía a Cédula de Identidade RG nº 15.308.693-2 SSP/SP, era inscrito no CPF/MF sob nº 024.868.598-88, filho de José Pereira da Silva e Maria Aparecida de Jesus, era residente e domiciliado no mesmo endereço da outorgante, **falecido no dia 20/09/2016** na cidade de Jundiaí-SP, conforme assento de óbito lavrado no Oficial de Registro Civil do 1º Subdistrito de Jundiaí-SP no livro C-220, folhas 284, termo nº 97.268, união esta reconhecida como entidade familiar e com o objetivo de constituir família, nos termos do artigo 1.723 do Código Civil Brasileiro. Declarou ainda que, a relação pessoal entre ambos obedeceu os deveres de lealdade, respeito e assistência e, quanto as relações patrimoniais, no que coube, vigorou desde a data mencionada o regime da **COMUNHÃO PARCIAL DE BENS**. Assim disse e dou fé. A pedido da parte lavrei esta escritura, a qual feita e lida sendo lida, acha conforme, outorga, aceita e assina com as testemunhas: **JOSE MARIANO NETO**, brasileiro, casado, industrial, portador da Cédula de Identidade Registro Geral (RG) número 10.728.338-4 SSP/SP, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF) sob número 922.881.628-72, filho de Jesus Mariano e de Rita Pereira da Silva Mariano, residente e domiciliado na Avenida Tapira, nº 427, Jardim América III, nesta cidade de Várzea Paulista, São Paulo e **NEUSA APARECIDA DE OLIVEIRA MARIANO**, brasileira, casada, do lar, portadora da Cédula de Identidade Registro Geral (RG) número 16.679.590-2 SSP/SP, inscrita no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF) sob número 063.048.758-86, filha de Geraldo Manoel de Oliveira e de Sebastiana Pereira de Oliveira, residente e domiciliada na Avenida Tapira, nº 427, Jardim América III, nesta cidade de Várzea Paulista, São Paulo. Comigo, (a) ilegível, (LUIZ



P:08026 R:040113

REGISTRO CIVIL 1º SUBDISTRITO  
JUNDIAÍ - SP - TEL: (11) 011-46061340  
AUTENTICAÇÃO  
AUTENTICAÇÃO POR COMPARECIMENTO  
O COMITADO AUTENTICAÇÃO DO 1º SUBDISTRITO  
17 JAN 2017

RUA MARIA STELA 53 - VL SANTA TEREZINHA  
VÁRZEA PAULISTA SP CEP 13220-205  
(FONE) 11-46061340



SAMARA MORAIS SILVA  
Escritor Autorizada

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 28.593.986-5 2 via DATA DE EXPENÇÃO 24/02/2016

NOME **ANTONIA FERREIRA AGUIAR**

FILIAÇÃO **MIRO FERREIRA DOS SANTOS**  
**IVONETE MARIA DA CONCEIÇÃO**

NATURALIDADE **ITAIBA - PE**

DATA DE NASCIMENTO **06/02/1962**

DCC ORIGEM **TUPANATINGA PE TUPANATINGA CC:LV.B3 /FLS.65 /Nº00529**

CPF **057402348/83**

Carreira Pública 1962  
Delegado de Polícia Civil - Estado de SP

ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

NÃO PLASTIFICAR

8220-6

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUNBLETON DAUNT

53407971

53407971

ASSINATURA DO TITULAR

*Antônia Ferreira Aguiar*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COLEGIO NOTARIAL DO BRASIL

116509

AUTENTICAÇÃO

0509A C0763426

07 JAN 2017

OSÉ CARLOS SCARPITTI

APARECIDA ELIANA B. CALHARANA

MONICA DANIELE CASTRO SALES

ESCREVENTES AUTORIZADOS

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Registro Civil, Juiz de Paz SP  
Data: 18/3 - Tel: (11) 4586-2706



**SAMARA MORAES SILVA**  
Escrevente Autorizada



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Estado de São Paulo

Protocolo 00020155

Livro 0476

Folha 355

GUSTAVO DA SILVA), Escrevente Autorizado que escrevi. Eu, (a) ilegível, (VERA AIDA DE OLIVEIRA BORIN SOUZA), Escrevente Substituta Designada, subscrevi. (aa) ANTONIA FERREIRA AGUIAR, (testemunha) JOSE MARIANO NETO, (testemunha) NEUSA APARECIDA DE OLIVEIRA MARIANO. (Devidamente Selada). Nada Mais. Porto por fé, que o presente "TRASLADO", composto de 02 (duas) páginas, é cópia fiel do original. Eu, VERA AIDA DE OLIVEIRA BORIN SOUZA, (VERA AIDA DE OLIVEIRA BORIN SOUZA), Escrevente Substituta Designada, conferi, subscrevi, assino em público e raso.

Em Teste da verdade.

VERA AIDA DE OLIVEIRA BORIN SOUZA

Escrevente Substituta Designada

|                    |            |
|--------------------|------------|
| SERVENTUÁRIO       | R\$ 224,59 |
| ESTADO             | R\$ 63,83  |
| IPESP              | R\$ 32,91  |
| IMPOSTO MUNICIPAL  | R\$ 4,49   |
| MINISTERIO PUBLICO | R\$ 10,78  |
| REG. CIVIL         | R\$ 11,82  |
| TRIB.JUSTICA       | R\$ 15,41  |
| SANTA CASA         | R\$ 2,25   |
| TOTAL              | R\$ 366,08 |

1º Tabelião de Notas e Protestos da Cidade e Comarca de Várzea Paulista-SP.  
(Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e de Tutelas)  
Vera Aida de Oliveira Borin Souza  
Escrevente Substituta Designada

10 REGISTRO CIVIL 1º Tabelião de Notas e Protestos da Cidade e Comarca de Várzea Paulista-SP. TEL: (11) 9441-1111  
AUTENTICAÇÃO  
AUTENTICAÇÃO A PRESERVAÇÃO DA VERDADE  
O Tabelião de Notas e Protestos da Cidade e Comarca de Várzea Paulista-SP. em 17 de Janeiro de 2017, autenticou a presente cópia conforme o original, apresentando o seguinte valor: R\$ 366,08.



17 JAN 2017

SANARA MORAIS SILVA  
Escrevente Autorizada

ba00-433f-ada6-b883  
833c-19b7-b392-1afa



ANTONIA FERREIRA AGUIAR  
AV TAPIRA, 393  
JD AMERICA III  
13222-300 VARZEA PAULISTA/SP

Nota Fiscal  
Conta de Energia Elétrica  
Nº 001479257 série C  
Data de Emissão: 26/12/2016  
Data de Apresentação: 29/12/2016  
Pag: 01 de 01  
Conta Contrato Nº 210003925307

Lote Roteiro de Leituras Nº. Medidor PN  
16 VAPBU179-00000047 124085393 700308107

Reservado ao Fisco  
CCB1.A508.0EC1.27BD.BDF6.1338.EBC2.4192

**PREZADO(A) CLIENTE**

Mantenha seus dados sempre atualizados, alguns itens determinam a tarifa e tributação de sua fatura de energia elétrica.  
Solicite os serviços disponíveis em nosso site com rapidez e segurança e reserve mais tempo para você em seu dia-a-dia.  
Mais informações acesse o endereço que consta no verso de sua conta.

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**

ANTONIA FERREIRA AGUIAR  
AV TAPIRA, 393  
JD AMERICA III  
13222-300 - VARZEA PAULISTA - SP

CPF 057.402.348-83

CLASSIFICAÇÃO: B1 Residencial - Monofásico

| ICMS                          | DISCRIMINAÇÃO DA OPERAÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO MÉDIO | VALOR (R\$) |
|-------------------------------|---------------------------|------------|-------------|-------------|
| Base de Cálculo R\$<br>185,53 | Venda de Energia (kWh)    | 317        | 0,58526814  | 185,53      |
| Alíquota %<br>25,00           |                           |            |             |             |
| Valor ICMS R\$<br>46,38       |                           |            |             |             |
| Valor Total do ICMS<br>46,38  |                           |            |             |             |

| ATENDIMENTO CPFL                  | PN        | SEU CÓDIGO | CONTA MÊS | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|---------------|
| 0800 0 10 25 70<br>www.cpf.com.br | 700308107 | 2040249271 | DEZ/2016  | 09/01/2017 | 219,77        |

| HISTÓRICO DE CONSUMO | kWh Dias | DATAS DAS LEITURAS     | DESCRIÇÃO DA CONTA             | Quantidade | Tarifa/Preço | Valor (R\$) |
|----------------------|----------|------------------------|--------------------------------|------------|--------------|-------------|
| 2016 DEZ             | 317 31   | Atual 26/12/2016       | Nº911000547946                 |            |              |             |
| NOV                  | 275 30   | Anterior 25/11/2016    | Consumo Uso Sistema [KWh]-TUSD | 317        | 0,16786000   | 53,21       |
| OUT                  | 278 30   | Nº de dias 31          | Consumo Bandeira Verde - TE    | 317        | 0,24324000   | 77,10       |
| SET                  | 337 33   | Próximo Mês 25/01/2017 | Adicional de Bandeira Amarela  |            |              | 0,76        |
| AGO                  | 352 30   |                        | PIS/PASEP 0,78%                |            |              | 1,45        |
| JUL                  | 352 31   |                        | COFINS 3,57%                   |            |              | 6,63        |
| JUN                  | 356 31   |                        | ICMS                           |            |              | 46,38       |
| MAI                  | 334 28   |                        | Juros de Mora NOV/2016         |            |              | 0,22        |
| ABR                  | 278 29   |                        | Multa por Atraso Pgto NOV/2016 |            |              | 3,32        |
| MAR                  | 305 33   |                        | Total Distribuidora            |            |              | 189,07      |
| FEV                  | 271 29   |                        | DEBITOS DE OUTROS SERVIÇOS     |            |              |             |
| JAN                  | 347 33   |                        | Cartão de Todos 08002838916    |            |              | 17,75       |
| 2016 DEZ             | 282 29   |                        | Contribuição Custeio IP-CIP    |            |              | 12,95       |

| EQUIPAMENTOS DE MEDIÇÃO |         |               |                  |                     |               |                    |
|-------------------------|---------|---------------|------------------|---------------------|---------------|--------------------|
| Nº                      | Energia | Leitura Atual | Leitura Anterior | Fator Multiplicação | Consumo [KWh] | Tensão Nominal [V] |
| 124085393               | Ativa   | 29024         | 28707            | 1,00                | 317           | 220 V              |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE DE FORNECIMENTO DE ENERGIA |               |                   |              |                |                  |                |
|--------------------------------------------------------|---------------|-------------------|--------------|----------------|------------------|----------------|
| JUNDIAÍ - CAXAMBU                                      | Padrão Mensal | Padrão Trimestral | Padrão Anual | Apurado Mensal | Período Apuração | Valor R\$ EUSD |
| DIC                                                    | 4,83          | 9,67              | 19,34        | 0,96           | 10/2016          | 60,33          |
| NOV                                                    | 5,11          | 6,22              | 12,45        | 0,96           |                  |                |
| OUT                                                    | 2,53          |                   |              | 0,00           |                  |                |
| SET                                                    | 12,22         |                   |              |                |                  |                |

**BANDEIRA TARIFÁRIA**

Amarela: 26/11/2016 - 30/11/2016 - 05 Dias  
Verde: 01/12/2016 - 26/12/2016 - 26 Dias

**INFORMAÇÕES SOBRE A FATURA**

A cobrança do serviço de terceiro incluída em sua fatura pode ser cancelada, a qualquer tempo, em nossos canais de atendimento.

Registro Civil Jundiaí SP  
Desde 1875 - Tel: (11) 4588-2708  
**AUTENTICAÇÃO**  
APRESENTAR COPIA CONFORME  
APRESENTADO, E DOU FE  
CORRILI SCARPITTI  
17 JAN 2017

SAMARA MORAIS SILVA  
Escritório Autorizado



**American Life Companhia de Seguros**

Av. Angélica, 2626, térreo - Consolação - São Paulo - SP - CEP 01228-220  
CNPJ.: 67.865.360/0001-27  
Fone: (11) 3017.0022 - Fax: (11) 3017.0020

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO**

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

Eu ANTONIA FERREIRA DE AGUIAR, portador do RG nº 28.593.986-5, expedido por \_\_\_\_\_, na data de 24/02/2016 e inscrito junto ao CPF/CNPJ nº 057.402.348/83, na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do seguro de vida deixado por ADAO APARECIDO PEREIRA DA SILVA, autorizo a American Life Companhia de Seguros a efetuar o respectivo pagamento / crédito, de acordo com a forma abaixo:

**Dados Bancários para Crédito**

Nome do Titular da Conta (beneficiário)

ANTONIA FERREIRA DE AGUIAR

Número de Banco e Nome

0800 726 0101 CAIXA

Número da Conta e Dígito

385461 8

Número da Agência (sem dígito)

2109

Tipo de Conta

( ) Conta Corrente

(X) Conta Poupança

**Categoria do Beneficiário(a)**

Indique abaixo a categoria em que se enquadra:

- ( ) **menor (abaixo de 18 anos)** - o formulário deverá ser assinado pelo representante legal do menor: pai e/ou mãe ou na ausência de ambos, pelo tutor (anexar cópia do termo de tutela, RG, CPF e comprovante de endereço do tutor)
- (X) **maior (igual ou acima de 18 anos)**
- ( ) **incapaz** - o formulário deverá ser assinado pelo curador (anexar cópia do termo de curatela, RG, CPF e comprovante de endereço do curador)

Declaro que a conta acima mencionada é de titularidade do(a) beneficiário(a). Uma vez efetuado o pagamento / crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor do referido capital segurado devido.

Local e Data

Sumidai 17 Janeiro  
VARZEA PAULISTA

Antonia Ferreira Aguiar

Assinatura do beneficiário (a)  
assinar conforme consta em RG

Local e Data

\_\_\_\_\_  
Ass. do representante legal do beneficiário (tutor /curador)  
assinar conforme consta em RG

**ORIENTAÇÕES IMPORTANTES**

1. A solicitação de preenchimento deste formulário pela American Life Companhia de Seguros não implica no reconhecimento de sua obrigação de pagamento do capital segurado, estando o sinistro sujeito a análise e caracterização da cobertura pleiteada.
2. O depósito somente poderá ser efetuado em conta de titularidade do beneficiário. Favor **não informar** dados bancários em que o beneficiário não seja o 1º ou 2º titular, pois o crédito não será efetivado.
3. Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos, evitando rasuras.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
**LUIS ANTONIO LEITE DE FREITAS**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
47981143 SSP/SP

CPF  
412.986.938-88

DATA NASCIMENTO  
21/06/1991

FILIAÇÃO  
**ANTONIO DE FREITAS**  
**LOURDES MEIRELES LEITE**

PERMISSÃO  
ACC

CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
05192675450

VALIDADE  
18/09/2020

1ª HABILITAÇÃO  
28/04/2011

OBSERVAÇÕES

*Luis Antonio Leite de Freitas*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
VARZEA PAULISTA, SP

DATA EMISSÃO  
19/09/2015

*Daniel Annenberg*  
Daniel Annenberg Diretor Presidente do Detran-SP  
ASSINATURA DO EMISSOR

70090186680  
SP688925596

DETRAN-SP (SAO PAULO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1147047826

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1147047826

Registro Civil Jundiaí SP  
Desde 1875 - Tel: (11) 4598-2706  
**AUTENTICAÇÃO**  
AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA CONFORME  
O ORIGINAL APRESENTADO, E DOU FÉ  
☐ BEL MÃRCIA A. SCIORILLI SCARPITTI

17 JAN 2017

☐ JOSÉ CARLOS SCARPITTI  
☐ APARECIDA ELIANA B. CALHARANA  
☐ MÔNICA DAIANE CASTRO SALES  
☐ SAMARA MORAES SILVA

ESCREVENTES AUTORIZADOS  
SO SOMENTE DO SELLO DE AUTENTICIDADE

116509  
**AUTENTICAÇÃO**  
0509AC0763424

**SAMARA MORAES SILVA**  
Escritoriente Autorizada

VALOR RECEBIDO PELO ATO R\$ 3,31

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 40.635.557-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/OUT/2010

NOME LUCIENE BERNARDINO DE AGUIAR

FILIAÇÃO JUVENAL BERNARDINO DE AGUIAR E ANTONIA FERREIRA AGUIAR

NATURALIDADE JUNDIAÍ - SP DATA DE NASCIMENTO 02/MAI/1984

DOC ORIGEM VARZEA PAULISTA SP

CC: LV.B45 / FLS.155 / N.010157

CPF 31102744859

CARLOS ASSINADOR DO DIRETÓRIO DE POLÍCIA IIIKGD.SSISP

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

8220-6

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBELTON DAJUNT





*Luciene Bernardino Aguiar*

ASSINATURA DO TITULAR

B583-045941

CARTEIRA DE IDENTIDADE





Hospital  
Paulo Sacramento

Rua XV de novembro, 865 - Centro  
Jundiaí - SP - CEP : 13201-905

Relatório de Anamnese - Internação

OBS: Espaço para colar ETIQUETA, se não for possível preencha os campos abaixo

PACIENTE: ADAO AP PEREIRA DA SILVA  
DT.NACTO: 24.03.1950 Idade: 66anos Sexo: M Conv.: 1111-INTERM.  
ENDERECO: RUA ITAPIRA 393 VARZEA PAULISTA SP  
OBS.: 46063600 99905 AMAZIADI  
IDENTIF.: 91005289000003470000167- DOCTO.: 15 308 693  
SEGURADO: ADAO AP PEREIRA DA SILVA  
MAE: MARIA APARECIDA DE JESUS  
T 19.09.2016-01:02-2018 -ENCAMINHADO A EXAMES  
C 18.09.2016-01:37-J459 -DISPENSADO  
17.09.2016-10:17-R520 -ENCAMINHADO A EXAMES  
RELIGIAO: CATOLICA PROF.: NAO DECLARADA  
R LOCAL...: PRONTO ATENDIMENTO SEA  
919460/0168  
R DT.ATEND.: 19.09.2016 às 18:49 Hs  
TP.ATEND.: CONSULTA URGENCIA/EMERG  
EMISSAO: JULIANA MARIA FRANCO M AR  
M MASPAR TECNOLOGIA / 017)3224-7182 em 19/09/2016 às 20:39hs

HISTÓRIA CLÍNICA

QD:

*folto de*

H.M.A:

*Paciente com história de dispnéia exacerbada desde  
seco com súbito de início, relato piora progressiva  
nope. Relato de esforço no sentar pelo cansaço  
e melhora deitado*

I.S.D.A:

*HTA - hipertensão arterial  
hipertensão arterial - hipertensão arterial  
DPOC - doença pulmonar obstrutiva crônica*

AP, Hábitos e Medicamentos em uso atualmente:

A.F.:

Exame Físico:

*Reg. Urose, audição, glând.  
ACV. BAVI = 2+ s/ sopros  
AR. NO sítio sup e expiratório, no manobras acústicas TPA*

Hipótese Diagnóstica:

Diagnóstico Definitivo:

*DPOC Exacerbado*

Assinatura do médico e CRM:

*Dr. Ariovaldo B. da Silva Júnior*  
MÉDICO  
CRM - 167.188

- PACIENTE: ADAO AP PEREIRA DA SILVA  
DT.NACTO: 24.03.1950 Idade: 66anos Sexo: M Conv.: 1111-INTERM.  
7 ENDERECO: RUA ITAPIRA 393 VARZEA PAULISTA SP  
OBS.: 46063600  
IDENTIF.: 91005289000003470000167- - 99905 AMAZIADI  
1 SEGURADO: ADAO AP PEREIRA DA SILVA - 9990-  
MAE: MARIA APARECIDA DE JESUS DOCTO.: 15 308 693

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

**UNIDADE:**

☐ HFG  
☐ HM  
☐ HMNSR  
☐ HMR

☐ HMS  
☐ HPS  
☐ HRC  
☐ HSC

☐ PS ABC  
☐ PSB  
☐ UA HMR

☐ MÉDICO  
☐ ENFERMEIRO  
☐ ASSISTENTE SOCIAL  
☐ FONOAUDIÓLOGA

☐ NUTRICIONISTA  
☐ FISIOTERAPEUTA  
☐ PSICÓLOGO

19.09.2016-01:02-2018 -ENCAMINHADO A EXAMES  
18.09.2016-01:37-J459 -DISPENSADO  
17.09.2016-10:17-R520 -ENCAMINHADO A EXAMES  
RELIGIAO: CATOLICA  
LOCAL...: PRONTO ATENDIMENTO SE  
919460/0168

PROF.: NAO DECLARADA

DT. ATEND.: 19.09.2016 às 18:49 h  
TP. ATEND.: CONSULTA URGENCIA/EMERG  
EMISSAO: MADEIRA VENTURA M DE LIMA  
MASPAR TECNOLOGIA (017)3224-7182 em 19/09/2016 às 22:48h

**MÉDICO:**

| FONOAUDIÓLOGA |       | EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | CARIMBO / ASSINATURA |
|---------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|
| DATA          | HORA  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                      |
| 19/09         | 23.08 | Paciente apresentou Taquiarritmia e disritmia. Com FC=200 comunicados dr. Anivaldo, encaminhado paciente para emerg. realizado ECG, e meditado com relaxou. Após medicação, FC=113 SpO2=95%. Com o Dr. segue conduta fymah                                                                                                                                                                                                                        |  |                      |
| 19/09         | 23.10 | Paciente apresentou novos 4 comunicados dr. Anivaldo segue conduta fymah para emerg. fymah                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                      |
| 20/09         | 01.00 | Paciente apresentou piora do quadro com BE intenso, Dr. Anivaldo realizou INT 24 labial durante intubação realizado medicações conforme presente no vial. Paciente evoluiu para PCR por mais de 30min. evoluindo para dorso às 01.45h. às 01.58 realizado ECG, no. Dr. Anivaldo comunicou familiares (esposa) entregando pastilhas do paciente na casa de João de grau e prater. solicitados formulário para SVO a pedido do dr. Anivaldo - fymah |  |                      |
| 20/09         | 02.00 | realizado preparações do corpo em seguida encaminhado ao velório - fymah                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                      |
| 20/09         | 02.40 | Dr. Anivaldo preencheu formulário de SVO entregue para Adriana da intermarch. ag. copia para anexar o prontuário - fymah                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                      |
|               | 03.00 | florbo copia de formulário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                      |

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

PACIENTE: ADAO AP PEREIRA DA SILVA  
DT.NACTO: 24.03.1950 Idade: 66anos Sexo: M Conv.: 1111-INTERM.  
ENDEREÇO: RUA ITAPIRA 393 VARZEA PAULISTA SP  
OBS.: 48063600 99905 AMAZIADI  
IDENTIF.: 91005289000003470000167- 9990-  
SEGURADO: ADAO AP PEREIRA DA SILVA DOCTO.: 15 308 693  
MAE: MARIA APARECIDA DE JESUS

### UNIDADE:

☐ HFG ☐ HMS ☐ PS ABC  
☐ HM ☐ HPS ☐ PSB  
☐ HMNSR ☐ HRC ☐ UA HMR  
☐ HMR ☐ HSC

☐ MÉDICO ☐ NUTRICIONISTA  
☐ ENFERMEIRO ☐ FISIOTERAPEUTA  
☐ ASSISTENTE SOCIAL ☐ PSICÓLOGO  
☐ FONOAUDIÓLOGA

19.09.2016-01:02-2018 -ENCAMINHADO A EXAMES  
18.09.2016-01:37-J459 -DISPENSADO  
17.09.2016-10:17-R520 -ENCAMINHADO A EXAMES  
RELIGIAO: CATOLICA PROF.: NAO DECLARADA  
LOCAL...: PRONTO ATENDIMENTO SEA

919460/0168

DT.ATEND.: 19.09.2016 às 18:49 Hs  
TP.ATEND.: CONSULTA URGENCIA/EMERG  
EMISSAO: JULIANA MARIA FRANCO M AR  
MASPAR TECNOLOGIA (017)3224-7182 em 19/09/2016 às 20:39hs

| DATA  | HORA  | EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                  | CARIMBO / ASSINATURA |
|-------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|       |       | MD: PROC Exceção<br>PVM                                                                                                                                                                                                                   |                      |
| 19/9  | 20:25 | PCTE cl quadro de dispnea<br>2504001-4 Exceção do M. Acesso<br>diagnóstico de insuficiência cardíaca<br>hipertensão 213x122mmHg, F120b/m,<br>SO 90% em máscara<br>Pr. M. de CC de 10<br>conduto.<br>Instalação de RCP/ventilação<br>osseu |                      |
| 22/30 |       | Retirado clp pl médico<br>2504001-4 plantonista.<br>mantendo Tagupneia<br>fio a disposição                                                                                                                                                |                      |
| 01:00 |       | PCTE apresenta piora do DV<br>2504001-4 a BE Severa.<br>Realizado TOT.<br>nos procedimentos presentes<br>PVR por ± 30 minutos, evoluindo<br>pl obito                                                                                      |                      |



## Boletim de Emergência

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| <b>Aleitamento Materno</b> | <b>CASE</b>     |
| ( ) Sim (X) Não            | ( ) Sim (X) Não |

Horário da Triage: 18 : 46



|                |                   |
|----------------|-------------------|
| <b>Glasgow</b> | <b>Queimadura</b> |
| Total: 15      | % 0               |

**Sinais Vitais / Peso:**

T° 38.1 FR 27 FC 125 PA: 200 x 100  
SpO2 99 % Glicemia Capilar 126 mg/dl

### Classificação de Risco

 Vermelho  Amarelo  Verde  Azul

**Situação / Queixa Principal**

dispnia

**Alergias / Não aplique sangue**

2090

PACIENTE: ADAO AP PEREIRA DA SILVA  
 \*DT. NACTO: 24.03.1950 Idade: 66anos Sexo: M Conv.: 1111-INTERM SP  
 ENDEREÇO: RUA ITAPIRA 393 VARZEA PAULISTA 99905 AMAZIAI  
 OBS.: 46063600 - - 9990-  
 IDENTIF.: 910052890000034700000167-  
 SEGURADO: ADAO AP PEREIRA DA SILVA DOCTO.: 15 308 893  
 MAE : MARIA APARECIDA DE JESUS

19.09.2016-01:02-2018 -ENCAMINHADO A EXAMES  
18.09.2016-01:37-J459 -DISPENSADO  
17.09.2016-10:17-R520 -ENCAMINHADO A EXAMES  
RELIGIAO: CATOLICA PROF.: NAO DECLARADA  
LOCAL: PRONTO ATENDIMENTO SEA

919460/0168



DT. ATEND.: 19.09.2016 às 18:49 hs  
TP. ATEND.: CONSULTA URGENCIA/EMERG  
EMISSAO: MADALENA VENTURA M DE LIM  
182 em 19/09/2016 às 18:49hs

MASPAR TECNOLOGIA (017)3224-7182 em 19/09/2016 às 18:49hs

### Antecedentes Mórbitos

☒ DM ☐ Tabagismo ☐ Etilismo

☒ HAS ☐ Convulsões/tonturas/desmaios

☐ ITU ☐ Refluxo Gástrico

☒ Bronquite/Asma ☐ Uso de drogas ilícitas

☐ Gastrite/Úlcera ☒ Cirurgias Anteriores

☐ Hepatite ☐ Histórico de CA

☐ Cardiopatias ☐ Outros: Arteriosclerose

### Uso de Medicamentos

*Leontodon* *Leontodon*, David

### Atendimento médico

Atendimento médico  
 Hora: 18:31 Disposição + forte aus. Portador de Asma brônquica.  
 Refere ter passado um consulto hoje muito mal devido com crises  
 cardíacas, dispnéicas e anafiláticas, mas apresentando melhora. Infor-  
 ma ter recebido Rx

### Exame físico

REG, dispmis ++/4t, cewstws ++/4t, hndwcds, lrvcls.  
 PER 2T Mstt d nltls d fms.  
 Msdms flord. R4t+  
 Extnrdos: Sem alt.

**Exames de laboratório solicitados:**

Exames de laboratório solicitados:

**Exames de imagem solicitados:**

Rx Toco PB no L2  
ECB

**Conduta Médica:**

a: (1) Proportions 500 mg (2) 18.0  
(2) Analysis } SFA 5ml  
Buota 10g  
Atrant 40g  
Ideal 14.0  
15 min 5805  
36/20

③ Recomp - 4 amp (50)  
④ 30 100 amp  
- 100 (100)

**Protocolo(s) Aberto(s)**

☐ Sepses  
☐ Dor Torácica  
☐ TEV - profilaxia  
☐ Nefroproteção  
☐ Asma  
☐ Isolamento  
☐ Outros:

Assinatura e Carimbo Médico

Interconsulta com especialista

☐ Sim☐ Não

Qual: \_\_\_\_\_

Reconciliação Farmacêutica

☐ Sim☐ Não

## Anotação Multiprofissional

Hora: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ T° \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_ % Glicemia Capilar \_\_\_\_\_ mg/dl

19:30 Orienta sobre cuidados no manejo da criança, com o intuito de diminuir a taxa respiratória no leito e monitorar a saturação de O2, colando oxímetro, mantendo a ventilação e monitorando a frequência cardíaca.

Lucas Murawski Abadei  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-SP 782826

19:30 Administração medicação SC conforme item do RQ, naloxona 0,6g.

Diana Costa Silva  
Enfermeira  
COREN-SP 709052

20:15 Administração medicação EV morfina 3mg, conforme prescrição subalmental.

20:40 Funcionário AV em ME com febre 3,8 grau engima.

Reavaliação Médica - Horário: \_\_\_\_\_:

Reavaliação Médica - Horário: \_\_\_\_\_:

Morfina 3mg - 1mg em 15 min

Dr. Ariovaldo B. da Silva Júnior  
MÉDICO  
CRM-SP 167.166

Horário da Definição do Destino: \_\_\_\_\_:

Destino: ☐ Dispensado ☐ Evasão ☐ Óbito ☐ Transferência ☐ Desistência☒ Internação - Clínica: Clínica de Neurologia

## Termo de Consentimento Informado de Autorização para Atendimento de Pronto Socorro

1- Autorizo voluntariamente o Corpo Médico do Hospital Paulo Sacramento bem como os seus auxiliares e funcionários dentro dos limites legais profissionais de suas funções a praticarem qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico, clínico, necessário ao meu correto tratamento, de acordo com o disposto no Código de Ética Médica.

2- Estou consciente de que a medicina não é uma ciência exata e de que, consequentemente, nenhuma garantia pode ser dada quanto aos resultados de qualquer tratamento médico, sem prejuízo de utilização de todos os recursos disponíveis no Hospital para o melhor resultado possível.

3- Havendo necessidade de realização de exames de diagnóstico ou para continuação do tratamento em outras unidades médico hospitalares, autorizo a remoção.

4- Estou consciente do meu direito de fazer perguntas relativas ao meu tratamento e de que as mesmas devem ser dirigidas ao médico responsável pelo mesmo.

5- Declaro ter ciência de que, a partir do momento em que o médico responsável atestar a desnecessidade de minha permanência no Hospital, após 02 (duas) horas a contar do momento da alta, todas as despesas havidas passarão a ser cobradas em caráter particular.

6- Caso a prestação de serviços se dê por intermédio de PLANO OU SEGURO SAÚDE ATENDIDOS PELO HOSPITAL, na hipótese da operadora/seguradora não se responsabilizar em parte ou totalmente pelo pagamento de quaisquer despesas decorrentes da execução dos serviços prestados, declaro que assumirei tais despesas totalmente e sem qualquer restrição, em caráter particular, responsabilizando-me como principal pagador.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Antonio



Prefeitura de Jundiá

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Guia de Encaminhamento  
do Cadáver

1ª VIA: SVO/IML  
2ª VIA: PRONTUÁRIO  
3ª VIA: DEL. DE POLÍCIA

Cadáver destinado ao  
☒ SVO ☐ IML

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| RESPONSÁVEL<br>ENCAMINHAMENTO       | Natureza do Óbito: <input checked="" type="checkbox"/> Morte Natural <input type="checkbox"/> Causa externa                                                                                                                                |  |
|                                     | Nome do Hospital / PS: <u>HOSPITAL PAULO SACRAMENTO</u> CNES: _____                                                                                                                                                                        |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER            | Endereço: <u>RUA XV DE NOVEMBRO Nº 865</u>                                                                                                                                                                                                 |  |
|                                     | Fone: <u>4322-6000</u> Distrito Administrativo / Bairro: <u>Centro</u>                                                                                                                                                                     |  |
|                                     | Óbito: <input type="checkbox"/> Fetal (Natimorto) <input type="checkbox"/> Não Fetal / Nº Registro (Hospital / PS): _____ RG: <u>15.508.693-2</u>                                                                                          |  |
|                                     | Nome: <u>ANILDA MARIA DA SILVA</u> Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                                                                                                                  |  |
|                                     | Data Nasc: <u>09/02/1950</u> Idade: <u>66</u> Anos <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> |  |
|                                     | Escolaridade: (nível / última série concluída)                                                                                                                                                                                             |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º Grau)                                                                                                                                                  |  |
|                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Série                                                            |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Superior Completo <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Série                                                                        |  |
|                                     | Filiação: Mãe: <u>MARIA ALVARADA DE JESUS</u> nº <u>393</u> Compl.: <u>CASA</u>                                                                                                                                                            |  |
| ÓBITOS DE MULHER<br>EM IDADE FÉRTIL | Endereço resid: <u>AV. TANIA</u> nº <u>393</u> Compl.: <u>CASA</u>                                                                                                                                                                         |  |
|                                     | Cep: <u>13.222-500</u> Distrito Adm./Bairro: <u>AMÉRICA III</u> Cidade: <u>UNESP</u> UF: <u>SP</u>                                                                                                                                         |  |
| ÓBITOS FETAIS E EM MENORES DE 1 ANO | Óbito de Mulheres em Idade Fértil: a morte ocorreu                                                                                                                                                                                         |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> na gravidez <input type="checkbox"/> no parto <input type="checkbox"/> no aborto <input type="checkbox"/> até 42 dias após o parto <input type="checkbox"/> de 43 dias a 1 ano após o parto                       |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> Ignorado                                                                                                                                                     |  |
|                                     | Preenchimento Exclusivo para Óbitos Fetais e de Menores de 1 Ano - Informações sobre a Mãe                                                                                                                                                 |  |
|                                     | Idade: (anos) _____                                                                                                                                                                                                                        |  |
|                                     | Escolaridade: (nível / última série concluída)                                                                                                                                                                                             |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º Grau)                                                                                                                                                  |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Série                                                                       |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Superior Completo <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Série                                                                        |  |
|                                     | Ocupação Habitual (se aposentada/desempregada, informar anterior)                                                                                                                                                                          |  |
| ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS          | Número de filhos Tidos                                                                                                                                                                                                                     |  |
|                                     | Nascidos _____ Perdas Fetais _____                                                                                                                                                                                                         |  |
|                                     | Vivos _____ Abortos _____                                                                                                                                                                                                                  |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ignorado                                                                                                                                      |  |
|                                     | Nº semanas de gestação _____                                                                                                                                                                                                               |  |
|                                     | Tipo de Gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e Mais <input type="checkbox"/> Ignorado                                                                                    |  |
|                                     | Tipo de Parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado                                                                                                                          |  |
|                                     | Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado                                                                                |  |
|                                     | Peso ao Nascer _____ gramas                                                                                                                                                                                                                |  |
|                                     | Nº da Declaração Nascido Vivo _____                                                                                                                                                                                                        |  |
| ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS          | Tipo: <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio (autoagressão) <input type="checkbox"/> Agressão por terceiros                                                                                                   |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> Evento De Intenção Indeterminada <input type="checkbox"/> Intervenção Legal                                                                                                                                       |  |
|                                     | Acidentes:                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> Acidentes de Trânsito (Informações sobre a vítima): <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado                     |  |
|                                     | Veículos Envolvidos no Acidente: <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado                           |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> Queda: <input type="checkbox"/> Laje <input type="checkbox"/> Andaime <input type="checkbox"/> Mesmo Nível <input type="checkbox"/> Outro Tipo: _____                                                             |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Fogo/Incêndio <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____                                             |  |
|                                     | Suicídio:                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> Instrumento ou Meio Utilizado <input type="checkbox"/> Intoxic./Enven. Susbtância: _____                                                                                                                          |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Precipitação de lugar elevado <input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                   |  |
| ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS          | Agressão por Terceiros:                                                                                                                                                                                                                    |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Arma Branca <input type="checkbox"/> Asfixia <input type="checkbox"/> Uso de força Corporal <input type="checkbox"/> Outros meios: _____                                    |  |
|                                     | Local onde ocorreu o Acidente, Suicídio ou Agressão: <input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado            |  |
|                                     | Acidente de Trabalho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado                                                                                                                          |  |

\*PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DO VERSO

|                                      |                                                                                                                                                                     |  |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| INFORMAÇÕES DO SERVIÇO MÉDICO        | Condição do Paciente/Falecido: <input type="checkbox"/> Chegou sem vida ao serviço <input checked="" type="checkbox"/> Faleceu ao receber os primeiros socorros     |  |
|                                      | <input type="checkbox"/> Faleceu durante a internação: ____ dias <input type="checkbox"/> Natimorto ou criança cujo nascimento e óbito ocorreu no Hospital sem alta |  |
|                                      | Quadro clínico ou lesões apresentadas ao chegar no hospital:                                                                                                        |  |
|                                      | <i>paciente com história de trauma por queda de altura, apresentando lesões em membros superiores e inferiores, com hematomas e lacerações.</i>                     |  |
|                                      | <i>paciente com queimadura de 2º grau, com área afetada de aproximadamente 10% da superfície corporal.</i>                                                          |  |
|                                      | <i>paciente com fratura de fêmur direito, com deslocamento e deformidade.</i>                                                                                       |  |
|                                      | <i>paciente com contusão na cabeça, com hematoma parietal direito.</i>                                                                                              |  |
|                                      | <i>paciente com laceração na região abdominal, com exposição de vísceras.</i>                                                                                       |  |
|                                      | Síntese da história clínica e exames complementares de relevância (com cronologia):                                                                                 |  |
|                                      | <i>paciente admitido no hospital com diagnóstico de trauma múltiplo.</i>                                                                                            |  |
| ATENDIMENTO REALIZADO NO HOSPITAL/PS | Clínico ou Cirúrgico:                                                                                                                                               |  |
|                                      | <i>paciente submetido a cirurgia de urgência para reparação de fratura de fêmur direito.</i>                                                                        |  |
|                                      | <i>paciente submetido a cirurgia de urgência para reparação de laceração abdominal.</i>                                                                             |  |
|                                      | <i>paciente submetido a cirurgia de urgência para reparação de contusão na cabeça.</i>                                                                              |  |
|                                      | <i>paciente submetido a cirurgia de urgência para reparação de queimadura.</i>                                                                                      |  |
|                                      | <i>paciente submetido a cirurgia de urgência para reparação de trauma múltiplo.</i>                                                                                 |  |
|                                      | <i>paciente submetido a cirurgia de urgência para reparação de trauma múltiplo.</i>                                                                                 |  |
|                                      | <i>paciente submetido a cirurgia de urgência para reparação de trauma múltiplo.</i>                                                                                 |  |
|                                      | Retirada de Corpo Estranho (se retirar, enviar ao IML): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo:                                             |  |
|                                      | Médico Responsável: _____ Data: <u>20/07/2010</u>                                                                                                                   |  |

Carimbo e Assinatura

Dr. Arnaldo B. da Silva Júnior  
MÉDICO  
CRM - 167.166



**Hospital  
Paulo Sacramento**

Rua XV de novembro, 865 - Centro  
Jundiaí - SP - CEP : 13201-905

**PACIENTE: ADAO AP PEREIRA**  
DT. NACTO: 24.03.1950 Idade: 66anos Sexo M 1111-INTERM JDI  
ENDEREÇO: RUA ITAPIRA 393 VARZEA PAULISTA 99905 SP  
OBSERV.: 46063600  
IDENTIF.: 9100628900003470000167-  
SEGURADO: ADAO AP PEREIRA DA SILVA  
MAE: MARIA APARECIDA DE JESUS DOCTO. 15 308 693

RELIGIAO: CATOLICA  
PROFISSAO: NAO DECLARADA  
02.09.2016-12:13-M25 -DISPENSADO  
14.08.2016-09:33-J841 -DISPENSADO  
06.08.2016-01:34-J939 -DISPENSADO

EST CIVIL: AMAZIADO/A

LOCAL: PRONTO ATENDIMENTO  
919460/0163

DT. ATEND.: 12.09.2016 as 09:13 Hs  
TP. ATEND.: CONSULTA URGENCIA/EMERGENCI  
RECEP. POR: GABRIELA DA SILVA PAULA  
HASPAN TECNOLOGIA (017)3224-7102 em 12/09/2016 as 15:26hs

## Relatório de Anamnese - Internação

Médico \_\_\_\_\_

Clinica \_\_\_\_\_

### HISTÓRIA CLÍNICA

QD: "Dispneia e tosse"

H.M.A:

Paciente refere fôlego, falta de ar, tosse  
semitiva q início há 10 dias.

No dia 09/08/16 fez drenagem de tórax por  
derrame pleural, ficando 15 dias com o dreno.

I.S.D.A:

AP, Hábitos e Medicamentos em uso atualmente:

Losartana 50mg @ cedo,  
levotiroxina 50 mcg jejum, Foraseq cedo e tarde

A.F.:

Exame Físico:

AR: MV+ q rôncos e sibilos difusos FR = 20

AW: RCR 2T BNF S1 S2 ou 00N

ABD: inocente

Hipótese Diagnóstica:

Bcp + derrame pleural

Diagnóstico Definitivo:

duma

Assinatura do médico e CRM:

PACIENTE: ADAO AP PEREIRA DA SILVA  
DT. NACTO: 24.03.1950 Idade: 66anos Sexo: M1111-INTER  
ENDERECO: RUA ITAPIRA 393 VARZEA PAULISTA  
OBSERV: 46063600  
IDENTIF: 91005289000L03470000167-  
SEGURADO: ADAO AP PEREIRA DA SILVA  
MAE: MARIA APARECIDA DE JESUS

DOCTO: 15 308 692

EST CIVIL: ANUZIADA

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

### UNIDADE:

☐ HFG ☐ HMS ☐ PS ABC  
☐ HM ☐ HPS ☐ PSB  
☐ HMNSR ☐ HRC ☐ UA HMR  
☐ HMR ☐ HSC

☐ MÉDICO ☐ NUTRICIONISTA  
☐ ENFERMEIRO ☐ FISIOTERAPEUTA  
☐ ASSISTENTE SOCIAL ☐ PSICÓLOGO  
☐ FONOAUDIÓLOGA

LOCAL: PRONTO ATENDIMENTO SEA

919460/0163



DT ATEND: 12.09.2016 as 09:13 Hs  
TP ATEND: CONSULTA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA  
RECEP POR: GABRIELA DA SILVA PAULA  
12/09/2016 as 15:26hs

| DATA     | HORA  | EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CARIMBO / ASSINATURA                      |
|----------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 13/03    | 02h20 | Admissão no 4º andar, sala 402. A, pro-<br>veniente do SEA, com queixa de so-<br>das, acompanhada pela enfermagem<br>por HB: BCP + derrame Pleural Apresen-<br>te, consciente, orientado, comunica-<br>tivo, AUP em HB com vários pro-<br>blemas, HUP com dores e vômitos<br>vômitos, abdome plano, RAO<br>gastroenterite em CH, lesão gástrica e<br>pulmão. | <br>GABRIELA DA SILVA PAULA<br>CRM 215824 |
| 13/05/16 | 05 a  | HA<br>DPOC / Asma<br>Antes Tbc pulm 1989 tendo<br>intervenções cirúrgicas em 2016<br>BUP e Pleural<br>A<br>Ao Ex<br>RC, my, pulm, coração A<br>A my e bcl / A<br>frix A<br>Au na<br>medic<br>Dr. marcelo                                                                                                                                                     |                                           |

Dr. Camila Ripamonte  
Clínica Médica  
CRM 215824

| DATA     | HORA  | FISIOTERAPIA | EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CARIMBO / ASSINATURA |
|----------|-------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 13/09    | 22:40 | (1)          | <p>Atividade no leito, em RE com ar livre -<br/> bom desempenho físico, consciente,<br/> te, orientado, colaborativo<br/> AP: MVE e 2A, diogo e rones difusos<br/> CP: MHB+ tônus hipercutâneo e<br/> deglutida: secretações brônquicas -<br/> luto + Orientação</p>                                                                                                |                      |
| 13/09    | 22:40 | (2)          | <p>Fisioterapia<br/> Atividade no leito, acordada, consciente<br/> e colaborativa. RE em ar livre e hipercutâneo.<br/> AP: Sph. 2A. Relato de desconforto no tórax superior<br/> AP: MVE e 2A, diogo e rones<br/> CP: MHB+ tônus moderado e<br/> deglutida: secretações de AP, opto-son<br/> Instalação: náuseas de AP e 2A, opto-son<br/> Sigue em observação.</p> |                      |
| 13/09    | 23:40 | (3)          | <p>Fisioterapia<br/> Atividade no leito, acordada, consciente<br/> RE em máscara CPAP e 2A, opto-son<br/> AP: MVE e 2A, diogo e rones<br/> CP: MHB+ tônus moderado e<br/> deglutida: secretações de AP e 2A, opto-son<br/> Instalação: náuseas de AP e 2A, opto-son<br/> Sigue em observação.</p>                                                                   |                      |
| 13/09    | 23:00 |              | <p>Atividade em Repouso no leito -<br/> AP: MVE e 2A, diogo e rones<br/> CP: MHB+ tônus moderado e<br/> deglutida: secretações de AP e 2A, opto-son<br/> Instalação: náuseas de AP e 2A, opto-son<br/> Sigue em observação.</p>                                                                                                                                     |                      |
| 13/09    | 23:00 |              | <p>Atividade em Repouso no leito -<br/> AP: MVE e 2A, diogo e rones<br/> CP: MHB+ tônus moderado e<br/> deglutida: secretações de AP e 2A, opto-son<br/> Instalação: náuseas de AP e 2A, opto-son<br/> Sigue em observação.</p>                                                                                                                                     |                      |
| 14/09/10 |       |              | <p>Atividade em Repouso no leito -<br/> AP: MVE e 2A, diogo e rones<br/> CP: MHB+ tônus moderado e<br/> deglutida: secretações de AP e 2A, opto-son<br/> Instalação: náuseas de AP e 2A, opto-son<br/> Sigue em observação.</p>                                                                                                                                     |                      |

Paciente: ADÃO AP PEREIRA A DA SILVA  
 IDADE: 24 ANOS JUN INTER: 4-00000000  
 IDENTIF: 1015289000003470000 0 S M 111-1-INTERM  
 SEGURADO: ADÃO AP PEREIRA DA SILVA 7- -  
 OBSERV: 05M 1A DC 00 15 30E 693  
 MAE: MARIA APARECIDA DE JESUS 168 435 521

RELIGIAO: ATUALICA DIA: 10 EN TRIARIA 2 A 3 LEIT 7 RUA  
EST. CIV.: MATRADO/A PROF.: NUN DE LARADA  
ESPEC.: 14 CLINICA GERAL CL NICA

### EVOLUÇÃO CLÍNICA

**UNIDADE:**

☐ HFG                      ☐ HMS                      ☐ PS ABC  
☐ HM                        ☐ HPS                      ☐ PSB  
☐ HMNSR                ☐ HRC                      ☐ UA HMR  
☐ HMR                      ☐ HSC

☐ MÉDICO ☐ NUTRICIONISTA  
☐ ENFERMEIRO ☐ FISIOTERAPEUTA  
☐ ASSISTENTE SOCIAL ☐ PSICÓLOGO  
☐ FONAUDIÓLOGA

919460/1 159



Meepar Techno logi s Ltde. (0xx17)3224-

ENT 12. 3. 2016 as 17 29 ts-I-  
QUIPE EQUIPE H.T.S.  
IMPRESSÃO: MARIA PEREIRA  
6 de 11:00hs

| DATA     |       | HORA | EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CARIMBO / ASSINATURA                                                 |
|----------|-------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 14/09/16 | 10:40 |      | <p>Oriento paciente sobre medicação e oriento sobre<br/> surgimento de verrugas com Eng. Verrugas. Causa clínica<br/> de Verrugas, o mesmo informa que também<br/> foi em Verrugas da e Causa clínica não<br/> obriga FDS, oriento paciente sobre o dia<br/> 15/09 e FDS, sobre a dor e a<br/> dor da HPB para redução de<br/> inflamação. Início com 50 ml +<br/> a ingestão de medicação de 1g.</p> | <p>Ana Carolina Cavalcante<br/> Enfermeira<br/> COREN-SP 465.087</p> |

Ana Carolina Cavalcanti  
Enfermeira  
COREN-SP 465.087

Paciente: ADAO AP PEREIRA DA SILVA

LEITO: 402A UN. INTERN. 4-ANDAR (50)

IDADE: 86 a Nasco.: 24.03.1950 Sx: M 1111 -INTERM JDI

IDENTIF.: 9100528900003470000167- DOCTO.: 15 308 693

SEGURADO: ADAO AP PEREIRA DA SILVA

OBSERV.: 45956766 45952194

MRE: MARIA APARECIDA DE JESUS

RELIGIAO: CATOLICA

EST.CIV.: AMAZIRAO/A PROF.: NAO DECLARADA

ESPEC.: 11-CLINICA GERAL CLINICA

INTERNAÇÃO anterior: de 22.07.2016 a 23.07.2016

CID internacao anterior: J449.1

919460/0164



DT. ENT.: 12.09.2016 as 17:29 Hs-1-1

EQUIPE: EQUIPE H.P.S.

IMPRESSO: EDISON ALEXANDRE NICOLAU

MapPer. Tecnologia Ltda. (080017)3224-7102 em 12.09.2016 as 21:51hs - 1

Médico: Clínica:

HORÁRIO DA MEDICAÇÃO

CÓDIGO

QTDE

ANS nº 359017

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE

Características do Paciente: AM ☐ AN ☐ CN ☐ CO ☐ RN ☐ RM ☐

Os campos abaixo são de uso exclusivo - Farmácia Dose Unitária

|                     |                       |                          |
|---------------------|-----------------------|--------------------------|
| 61268<br>A.D. 40x12 | 005099<br>S.D. 10 ML  | 005033<br>EQ. VENOSTERIL |
| 005096<br>S.D. 1 ML | 005100<br>S.D. 20 ML  | Conf. Aux.<br>Farmácia   |
| 005097<br>S.D. 3 ML | 005103<br>SCALP nº23  | Conf.<br>Farmacêutico(a) |
| 005098<br>S.D. 5 ML | 0050104<br>SCALP nº25 | Digitado<br>por          |

PRESCRIÇÃO

Ueta geral p/ HPA

scalp

Ceftriaxone 2g (E) 1x/d (D1)

Clindamicina 600 mg (E) 06/06h (D1)

Intilicistina 600 + 1/2 copo H2O @ 12/12h

Fleboventide 200 mg + AN (E) 12/12h

Losartana 50 mg (E) cedo

Levotiroxina 50 mg (E) jejum

Feraxq (E) cedo e tarde

malasas 80,91.5ml > 06/06h

30 gotas atinent

Dipirona 2 ml + AN (E) 06/06h (S/N) 8h

Namin 86 h laup + 80,91.100 ml (E) 08/08h (S/N) 8h

Furosemida 20 mg (E) 1x/d

REGISTRO DO PACIENTE:

HPS



[illegible]

RO/A

Andrezza Almeida Ramos  
Enfermeira  
CONEEN - SP 457602 ENF

MANHÄ:

TARDE:

NOTE:

## GESTÃO DE RISCOS

**HORÁRIO DA MEDICAÇÃO**

ra. Camila Ripamonte  
Clínica Médica  
04/04/96

3-01 / 2016



Notre Dame  
Intermédica

Quando não houver etiqueta

PACIENTE: ADAO AP PEREIRA DA SILVA

DT. NACTO: 24.03.1950 Idade: 66anos Sexo: M Conv.: 1111-INTERM.

ENDERECO: RUA ITAPIRA 393 VARZEA PAULISTA SP

OBS.: 46063600

99905 AMAZIADI

IDENTIF.: 9100528900003470000167-

9990-

SEGURADO: ADAO AP PEREIRA DA SILVA

DOCTO.: 15 308 693

MAE: MARIA APARECIDA DE JESUS

02.09.2016-12:13-M25 -DISPENSADO

14.08.2016-09:33-J841 -DISPENSADO

06.08.2016-01:34-J939 -DISPENSADO

RELIGIAO: CATOLICA

PROF.: NAO DECLARADA

LOCAL...: PRONTO ATENDIMENTO SEA

919460/0163

DT. ATEND.: 12.09.2016 às 09:13 Hs

TP. ATEND.: CONSULTA URGENCIA/EMERG

EMISSAO: PAMELA FERREIRA DE SOUZA

MASPAR TECNOLOGIA (017)3224-7182 em 12/09/2016 às 9:13hs

Aleitamento Materno

CASE

( ) Sim (✓) Não

( ) Sim (✓) Não

Horário da Triagem: 9:18

Escala de Dor



Sem dor

Dói um pouco

Dói mais

Dói mais ainda

Dói muito

Demais

Glasgow

Queimadura

Total: 15

%

Sinais Vitais / Peso:

T° 38.6 FR 20 FC 108 PA: 120 x 80

SpO2 95 % Glicemia Capilar mg/dl

Classificação de Risco

■ Vermelho ■ Amarelo (■) Verde ■ Azul

Situação / Queixa Principal

Ansiedade, tonturas, náuseas, vômitos  
há 3 dias

Alergias / Não aplique sangue

nenhuma

Antecedentes Mórbitos

☐ DM

☐ Tabagismo

☐ Etilismo

☒ HAS

☐ Convulsões/tonturas/desmaios

☐ ITU

☐ Refluxo Gástrico

☒ Bronquite/Asma

☐ Uso de drogas ilícitas

☐ Gastrite/Úlcera

☐ Cirurgias Anteriores

☐ Hepatite

☐ Histórico de CA

☐ Cardiopatias

☒ Outros: *fratura de*

VITOR X. DE SOUSA  
Estagiário de Enfermagem

Uso de Medicamentos

1050 mg Simg manhã  
levotiroxina Simg jejum  
forasac 2x/d edo e tarde

Atendimento médico

Hora: 9:22 *relato de dispnéia, dor torácica, febre (catetérise) há 3 dias. Drangem de tórax há 1 dia por Hx de doença pulmonar. Não há história prévia, relato de dispnéia progressiva noturna. AD: tuberculose há 30 anos.*

Exame físico

*gely (mel, gely 15)  
Pulmonar: mto crepitação de bases e sibilos bilaterais  
MMI: mto edema em membros inferiores.*

Exames de laboratório solicitados:

*Hemograma, UGA, Siga 10:22*

Exames de imagem solicitados:

*Axio x de tórax PA/P, TC tórax 10:15*

Conduta Médica:

*1/ NB2 - Atores 5gts + SFO 5gts  
Branke 10gts*

*ao SEA II: internação hospitalar - sep + diurese*

*1) Oxigeno 1 amp + AD (AV)  
hidratação + AD (AV)*

*14:20*

*Dra. Thassia Petrillo  
MÉDICA  
CRM - 170078*

Protocolo(s) Aderto(s)

- ☐ Sepsis  
☐ Dor Torácica  
☐ TEV - profilaxia  
☐ Nefroproteção  
☐ Asma  
☐ Insuficiência  
☐ Outros

INTERNAÇÃO PSA

Interconsulta com especialista

☐ Sim☐ Não

Qual: \_\_\_\_\_

Reconciliação Farmacêutica

☐ Sim☐ Não

## Anotação Multiprofissional

Hora: \_\_\_\_\_ T° \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_ % Glicemia Capilar \_\_\_\_\_ mg/dl

Paciente medicado conforme P.M. em uso de

M: 20 medicado com 150 Scalp 9/10 e medicação  
do conf: item 1 de 3 e item 2 de 3Ana Paula Rua de  
Téc. Enfermagem  
COREM-001.065.544Barbosa Dhaier  
AUX. ENFERMAGEM  
COREN SP - 775436

Reavaliação Médica - Horário: 15 : 50

Reavaliação Médica - Horário: \_\_\_\_\_ :

Paciente com áreas de  
atelectasia e consolidação  
+ derrame pleural  
lamninar em te.

CO: mitocôndria

Horário da Definição do Destino: 15 : 55

Destino: ☐ Dispensado ☐ Evasão ☐ Óbito ☒ Transferência ☐ Desistência

Internação - Clínica: médica

## Termo de Consentimento Informado de Autorização para Atendimento de Pronto Socorro

- 1- Autorizo voluntariamente o Corpo Médico do Hospital Paulo Sacramento bem como os seus auxiliares e funcionários dentro dos limites legais profissionais de suas funções a praticarem qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico, clínico, necessário ao meu correto tratamento, de acordo com o disposto no Código de Ética Médica.
- 2- Estou consciente de que a medicina não é uma ciência exata e de que, consequentemente, nenhuma garantia pode ser dada quanto aos resultados de qualquer tratamento médico, sem prejuízo de utilização de todos os recursos disponíveis no Hospital para o melhor resultado possível.
- 3- Havendo necessidade de realização de exames de diagnóstico ou para continuação do tratamento em outras unidades médico hospitalares, autorizo a remoção.
- 4- Estou consciente do meu direito de fazer perguntas relativas ao meu tratamento e de que as mesmas devem ser dirigidas ao médico responsável pelo mesmo.
- 5- Declaro ter ciência de que, a partir do momento em que o médico responsável atestar a desnecessidade de minha permanência no Hospital, após 02 (duas) horas a contar do momento da alta, todas as despesas havidas passarão a ser cobradas em caráter particular.
- 6- Caso a prestação de serviços se dê por Intermédio de PLANO OU SEGURO SAÚDE ATENDIDOS PELO HOSPITAL, na hipótese da operadora/seguradora não se responsabilizar em parte ou totalmente pelo pagamento de quaisquer despesas decorrentes da execução dos serviços prestados, declaro que assumirei tais despesas totalmente e sem qualquer restrição, em caráter particular, responsabilizando-me como principal pagador.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou do Responsável





ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL E FAMILIAR DE JUNDIAÍ S/C LTDA

Rua Profº Luiz Rosa, 187 - Centro - Jundiaí - SP - Fone: (11) 4586-7666

## “RECIBO DE PAGAMENTO”

Recebemos do Sr.(a) LUIS PENEIRA DA SILVA  
contrato número Pontieulan quantia de R\$ 1100,00  
referente à AO FUNERAL ADÃO  
do mês APRIL PONTIEULAN  
Jundiaí, 20 de Setembro de 20 16

Assinatura

Mantenha seu endereço e pagamentos sempre em dia.

1º REGISTRO CIVIL DO JUNDIAÍ - SP - TEL: (11) 4586-7666  
AUTENTICAÇÃO  
AUTENTICAÇÃO A PRESUNÇÃO DE VERDADE  
O CONTUDO, AUTENTICAÇÃO DO  
O CONTUDO, AUTENTICAÇÃO DO

17 JAN 2017

VALIDO PORTE DO BLOCO DA AUTENTICAÇÃO



SALVADOR DA SILVA  
Escritório Autenticação