

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000106463-1

Nr. da Autenticação 3A5D33F0960F2887

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180534241 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON KEVEN SILVA **Data do acidente:** 21/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º PODODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - AMPUTAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.
ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO APÓS AMPUTAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA COMPLETA APÓS AMPUTAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180534241 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON KEVEN SILVA **Data do acidente:** 21/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º PODODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - AMPUTAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.
ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO APÓS AMPUTAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA COMPLETA APÓS AMPUTAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

Senha 1

SUS

JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

Nasc.: 25/08/1997 Idade: 21 ANOS, 27 DIAS

Profissão:

CPF: - RG: 3.954.792 - SUS: 896002917548381

Civil: OUTROS

CEP: 64280-000

End.: ELESBAO ANDRADE, 105 -

Bairro: CARIRI

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

Cor: PARDA

Telefone: () -

Mãe: JOSELIA DE SOUSA SILVA NASCIMENTO

Pai: JOSE FERREIRA DO NASCIMENTO

Clinica: CLINICA MEDICA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de **URGÊNCIA**

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Horas: _____

Internação: _____

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

1) R-X de Pé (E), AP / perfil p

2) Cefalotina 1g / 2 compras + 8ml

ADG (Av blusas) + 100ml

3) Paracetamol 500ml / 100ml + 100ml

PF, 3% EV. 6ml em 15 minutos

4) Cefalotina 100g / 100ml + 300ml

PF, 3% EV. 6ml em 15 minutos

5) Paracetamol 500ml + 100ml

Anotações da Classificação de Risco

Horas: 07:36:15

Prioridade:

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa/História:

PJ CORRETOR DE SEGUROS

Alergias:

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg [30x90] TAX: 00c

FR: 0 mppm

SAT: 02: 0

Dor: _____

FC: 0 bpm

Glicemias: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

DPVAT

Observação:

Alma Alves Ligorio

525430 - RODRIGO DE ARAUJO SILVA

Enfermeiro Responsável

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

2 - CNES

277754

4 - CNES

277754

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898002917548381

10 - NOME DA MÃE

JOSELIA DE SOUSA SILVA NASCIMENTO

12 - ENDEREÇO

ELESBÃO ANDRADE, 105 - CARIRI

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAMPO MAIOR

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/08/1997

Meia: X 1

77665

9 - SÉRIO

Fem: 2

11 - TELFONE DE CONTATO

() -

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2202208

15 - UF

PI

16 - CEP

64280-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Poliente intige de despeito de 200g de bicicleta
apresentando queixa de dor no pé/é

PJ CORRETOR
DE SEGUROS

13 NOV 2010

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNACÃO

fermece

DPVAT

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Este fígio + R - x de re E - fraturas
fratura de pé (exposta)

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDARIO

23 - CAUSAS ASSOC.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de pé (exposta)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação Hospitalar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNACAO

28 - DOCUMENTO

29 - N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CIRURGIA GERAL

URGÊNCIA

() CNS (x) CPF

977.774.983-04

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO N.º DO CRM

ELENILSON TORRES LAGES

21/09/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBO R

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

E220000002

45 - DOCUMENTO

46 - N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

Confere com Original

Em 18/10/2018

Ass.:

Hosp. Reg. de Campo Maior - PI

Saúde

50 - ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

22/09/2018

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO: Jefferson Keren Silveira Fernandes ENF: 112
 Sexo: M F Idade: 21 Estado Civil: Solteiro Casado / União Estável
 Viúvo Separado

2. PROCEDÊNCIA: Deste Município Outros: _____
 Deambulando Cadeira de rodas Maca Sozinho Acompanhado SAMU

3. MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Clínico Cirúrgico Obstétrico

Ss obstétrico: DUM: _____ IG: _____ G: _____ P: _____ A: _____

Queixa principal: _____

4. HISTÓRICO PATOLÓGICO ANTERIOR:

Hipertensão Diabetes Tabagismo Etilismo Doença cardíaca

Doença renal Alergias Outros

5. HISTÓRIA PATOLÓGICA ATUAL:

Nível de consciência: Lúcido Confuso Coma superficial Coma profundo

Estado emocional: Agitado Tranquilo Tenso Deprimido

Pele: Normocorada Hipocorada Clanose Sudoréica
 Hidratada Desidratada Hiperemla Local: _____

Integridade da pele: Sim Não Obs: _____

Rede venosa: Visível Não visível

Edemas: Ausência Presença Local: _____ Generalizado

SISTEMA RESPIRATÓRIO: Eupnélico Bradipnélico Taquipnélico Dispnélico

Tosse seca Tosse produtiva Hemoptise Dor torácica Epistaxe

Outras: _____

Confere com Original	
Em:	<u>18/10/18</u>
Hosp. Reg. de Campo Maior - PI SAME	

SISTEMA DIGESTIVO: Anorexia Fírose Disfagia Náuseas Vômitos Hematemese

Dor abdominal Dor epigástrica

Alimentação: Oral Por SNG Aceita normal Aceita parcial Não aceita

Hábito Intestinal: Frequência diária Diarréia Constipado Última evacuação: _____

SISTEMA URINÁRIO: Padrão urinário: Normal Por SVD Poliúria Polaciúria Oligúria Hematuria

Incontinência Disúria Anúria Aspecto: Claro Trufo

PJ CORRETOR
DE SEGUROS

Sono e repouso: Preservados Insatifatórios

Outras queixas: Febre Dor Local: _____ Outras: _____

13 NOV 2018

SSVV: Tax°C: _____ P: _____ R: _____ PA: _____

Medicações de uso regular: Não Sim Quais: _____

Diagnóstico da Enfermagem: Alma infeliz

Data: 21/10/18 Enfermeiro: _____

DPVAT

Atendimento	I012158
Data:	21/09/2018
Hora:	9:42

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTOURNO, 1026
CAMPO MAIOR/PI

Nº AIIH
SOCORRO

BOLETIM DE ADMISSÃO

77665 - JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

OUTROS - Sexo: MASCULINO - 25/08/1997 - 21 ANOS, 27 DIAS

Clinica: CIRURGIA GERAL Enfermaria: CC04- CLINICA CIRURGICA - Leito: CC0401 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 4121 - ELENILSON TORRES LAGES
CPF: RG: 3.954.792 C/N: SIS Prenatal

Endereço: ELESBAO ANDRADE, N° 105 - CEP: 64280-000 Bairro: CARIRI

Cidade: 2202208- CAMPO MAIOR/PI Profissão: Telefone: () -

Pai: JOSE FERREIRA DO NASCIMENTO FILHO Mãe: JOSELIA DE SOUSA SILVA NASCIMENTO

Responsável: LIA RAQUEL LOPES DA SILVA - ESPOSA

Diagnóstico Inicial: - 8999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

História Clínica

Paciente vítima de atropelamento por bicicleta
Aproximadamente 10 cm de pé (E) 10 cm de
pé E (lateral da coxa lateral) e
fratura de 5º prolongue pé E,

Diagnóstico Provável

Fratura de pé (E)
externo

Dr. Elenilson Lages
MÉDICO
CRM-PI 121

ELENILSON TORRES LAGES



NOME:

Jefferson Kelen King Monument

ENFERMARIA:

LEITOS:

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional do Campo Maior
Av. do Contorno S/N - Bairro São Luís

Fone: (86) 3252-1372 • Fax: (86) 3252-4546
CEP: 64.280-000 • Campo Maior - PI
CNPJ: 06.553.564/0006-42

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

1012158 - JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

Data da internação: 21/09/2018 - 09:42:00 Sexo: M Idade: 21 ANOS

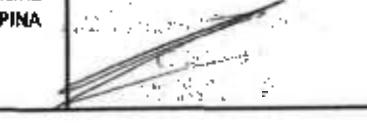
Convenio: SUS

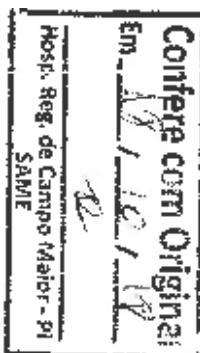
Clínica: CIRURGIA GERAL Leito:

21/09/2018

PROFISSIONAL

ASSINATURA

10:30	ADMITIDO NESTA CLÍNICA PROCEDENTE DE CAMPO MAIOR POR FRATURA EXPOSTA EM 5º PODODACTILO DO PÉ ESQUERDO, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SONO SATISFACTORIO, ACEITA A DIETA, ELIMINAÇÕES REGULARES, NEGA ALERGIAS E AFIRMA SER ETILISTA E TABAGISTA.	FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO IBIAPINA	
14:48	ENCAMINHADO PARA O CENTRO CIRURGICO	FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO IBIAPINA	
14:49	RETORNOU DO CENTRO CIRURGICO CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, MOBILIDADE MANTIDA	FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO IBIAPINA	





**TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÉNCIA E CONSENTIMENTO
AMPUTAÇÃO DE MEMBRO
("CONSENTIMENTO INFORMADO")**

Por este instrumento, eu

Alvaro Klemir Salve meus nascit 3.954.792
(nome legível, completo e por extenso do paciente) (identidade nº)
ou meu responsável, Adriano Raquel 10001 33 5100,
(nome legível, completo e por extenso do responsável) (identidade nº)

Declaro que:

- 1º) Fui informado(a) pelo médico(a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e diagnóstico(s) de meu estado de saúde:
fratura no espinho da coluna, pressão no S. P. O. no baixo quadrante causando urticaria, dor, náuseas e vômitos.

3º) esta autorização é dada ao(a) médico(a) Dudu Nard - a Olym
Confid bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação para a amputação de membro:

4º) Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.

5º) Consinto, portanto, ao(a) médico(a) supra identificado a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Confere com Original
Em 18/10/18
Hosp. Reg. de Campo Maior - PI
SAMM

Campo Maior, 21 de Setembro de 2018.

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: _____ ENFERMARIA/LEITO: _____ PRONTUÁRIO: _____

NOME: Jefferson Ribeiro Silva Gonçalves DATA DE NASCIMENTO: 28/06/91

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Próstata exposta ao 5º PDD (E)

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: Paciente com frust exp 5º PDD E
com elev. de inquietação na ponta do estudo e visão

CIRURGIA: Ressecção do 5º PDD (E) N.º SALA: _____

CIRURGIÃO: Dra. Drauzia Cordeiro CRM-PI: _____

UXILIARES: 1º 2º

INSTRUMENTADOR (A): Francisca das Chagas O. Souza CIRCULANTE: Maria Francisca Rodrigues Lima
Almirante da Silva Assistente
CONSELHO 13124 CONSELHO 607719

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: 1. Draparia + laço para cirurgia 2. RMC
examinação da FEG. 3. Observação do duto e apertos de artérias
do MEIS para amputação. 4. Ressecção do duto com nártex
e cuidados com partes quentes. 5. HME + sutura da pele. 6. Uso de
compressivo.

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: Em intratonsilicar.

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Ressecção

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM (X) NÃO ESTIMADA: _____ ML

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: () SIM (X) NÃO QUAL? _____

DATA: 21/09/18 HORA: _____

Assinatura de D. Cirurgião
D. Cirurgião
PI 4550
1147

CIRURGIÃO

Flávia de Oliveira Silva assinante
(Assinatura do paciente/ responsável legal)

(Assinatura do paciente/ responsável legal)

Raimundo Faria Diniz Filho
(Nome e assinatura do(a) responsável pelo(a) paciente)

No caso de pacientes menores, ou que tenham responsáveis legais, ou
não possam assinar este documento.

Testemunho que ~~este~~ o documento foi assinado pela pessoa acima identificada:

1) Edilson (Assinatura) 960.049 (nº do documento de identidade)
Edilson Varela Nunes Filho (nome completo e legível) Av. Nilo Oliveira, N° 157 B-63 (endereço)

2) 10 Regal

(Assinatura)

(nº do documento de identidade)

Cláudia Raquel Dórea da Silveira (Assinatura) Cláudia Raquel Dórea da Silveira (Número de documento de identidade)
(nome completo e legível) Reis 870000 3100000 (nº do RG)
(endereço)

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu (seus) responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento (s)/procedimento(s) acima descritos.

Data: 21/09/18

André Rodriguez di Oliveira Costa

Assinatura do médico - CRM

~~André Rodriguez~~ 100
Oncoparamacology
CRM 19103-2

Confere com Original
Em 18/10/18
Hosp. Reg. de Campo Maior - PI
SAMIE

MATERIAIS E MEDICAMENTOS SALA CIRÚRGICA

DISCRIMINAÇÃO	UND	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UND	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES					
SÓRIO FISIOLÓGICO 0,9% <u>500 ml</u>	FRASCO	<u>04</u>	AGULHAS E SERINGAS		
SÓRIO GLICOFISIOLÓGICO 0,9% <u>ml</u>	FRASCO		AGULHA DE RAQUE N° <u>26</u>	UND	<u>01</u>
SÓRIO GLICOSADO 5% <u>ml</u>	FRASCO		AGULHA DE PERIDURAL N° <u>_____</u>	UND	
RINGER LACTATO <u>ml</u>	FRASCO		AGULHA 25X7	UND	<u>02</u>
ÁGUA DESTILADA <u>ml</u>	FRASCO		AGULHA 30X7	UND	<u>01</u>
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 ml	AMP	<u>06</u>	AGULHA 40X12	UND	<u>02</u>
MANITOL 3% 200 ml	FRASCO		AGULHA DE INSULINA	UND	
FORMOL	ML		SCALP N° <u>_____</u>	UND	
ÁGUA OXIGENADA	ML		JELCO N° <u>_____</u>	UND	
ÁCOOL 70%	ML	<u>30 ml</u>	SERINGA DE 50ml	UND	
PVPI DEGERMANTE	ML	<u>50 ml</u>	SERINGA DE 20 ml	UND	<u>02</u>
PVPI TÓPICO	ML		SERINGA DE 10 ml	UND	<u>02</u>
CLOREXIDINA	ML		SERINGA DE 5 ml	UND	<u>01</u>
BSS 500ml	FRASCO		SERINGA DE 3ml	UND	
VOLUVEN 6% 500 ml	FRASCO		SERINGA DE 1 ml	UND	
ISOCAL	FRASCO		DRENOS		
ÉTER	FRASCO		DRENO DE PENROSE N° <u>_____</u>	UND	
			DRENO DE SUÇÃO N° <u>_____</u>	UND	
			DRENO DE TÓRAX N° <u>_____</u>	UND	
FIOS					
NYLON N° <u>30</u>	UND	<u>01</u>	DRENO DE KIMER N° <u>_____</u>	UND	
CATGUT SIMPLES N° <u>_____</u>	UND		OUTROS MATERIAIS		
CATGUT CROMADO N° <u>_____</u>	UND		LÂMINA DE BISTURI N° <u>24415</u>	UND	<u>03 + 01</u>
CATEGUT CROMADO N° <u>_____</u>	UND		GAZES	UND	<u>08 pac</u>
ALGODÃO COM AGULHA N° <u>_____</u>	UND		ESPARADRAPO	UND	<u>20 cm</u>
ALGODÃO SEM AGULHA N° <u>_____</u>	UND		MICROPORE	UND	
VYCRIL N° <u>_____</u>	UND		COMPRESSAS	UND	
PROPELENE N° <u>_____</u>	UND		ALGODÃO	UND	
PROPELENE AGULHA GRANDE N° <u>_____</u>	UND		ATADURA <u>10</u> CM <u>_____</u> CM	UND	<u>08 cm</u>
MONOCRYL N° <u>_____</u>	UND		EQUIPO MACROGOTAS	UND	<u>02</u>
PDS N° <u>_____</u>	UND		EQUIPO MICROGOTAS	UND	<u>01</u>
LUVAS					
PROCEDIMENTO	PAR	<u>06 pares</u>	EQUIPO PARA SANGUE	UND	
ESTÉRIL N° <u>7,5</u>	PAR	<u>05 pares</u>	TORNEIRINHA	UND	
			POLIFLIX	UND	<u>01</u>
			TRANBOFIX	UND	
SONDAGEM					
SONDA URETRAL N° <u>_____</u>	UND		IRRIGOPLAS <u>_____</u> VIAS	UND	
SONDA DE FOLEY 2 VIAS N° <u>_____</u>	UND		ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO	UND	<u>04</u>
SONDA DE FOLEY 3 VIAS N° <u>_____</u>	UND		CATETER DUPLO JOTA	UND	
SONDA NASOGÁSTRICA N° <u>_____</u>	UND		CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	UND	
SONDA NASOENTERAL N° <u>_____</u>	UND		TUBO OROTRAQUEAL N° <u>_____</u>	UND	
COLETOR DE URINA FECHADO	UND		FILTR BACTERIOLÓGICO PI TOT	UND	
COLETOR DE URINA ABERTO	UND		MATERIAIS ORTOPÉDICOS		
XYLOCAÍNA GELÉIA 2%	TUBO		CAIXA PEQUENO FRAGMENTO		
SONDA RETAL N° <u>_____</u>	UND		CAIXA GRANDE FRAGMENTO		
VASELINA	TUBO		FIO DE KIRSCHNER N° <u>_____</u>		
			FIO DE STEINMAN N° <u>_____</u>		
			FIO DE CERCLAGEM N° <u>_____</u>		
TELA PROTÉSICA					
<u>cm x</u> <u>cm</u>	UND		FIXADOR EXTERNO MMSS N° <u>_____</u>		
<u>cm x</u> <u>cm</u>	UND		FIXADOR EXTERNO MMII N° <u>_____</u>		
			ÂNCORA N° <u>_____</u>		
POMADAS					
COLAGENASE	TUBO	<u>X</u>	ASPIRADOR		
NEOMICINA	TUBO		BISTURI ELÉTRICO		<u>OK</u>
NITROFURAZONA	TUBO		PERFURADOR		
SULFADIAZINA DE PRATA	TUBO		SERRA		

BOLETIM DE ANESTESIA

DATA	SALA
PRONTUÁRIO	

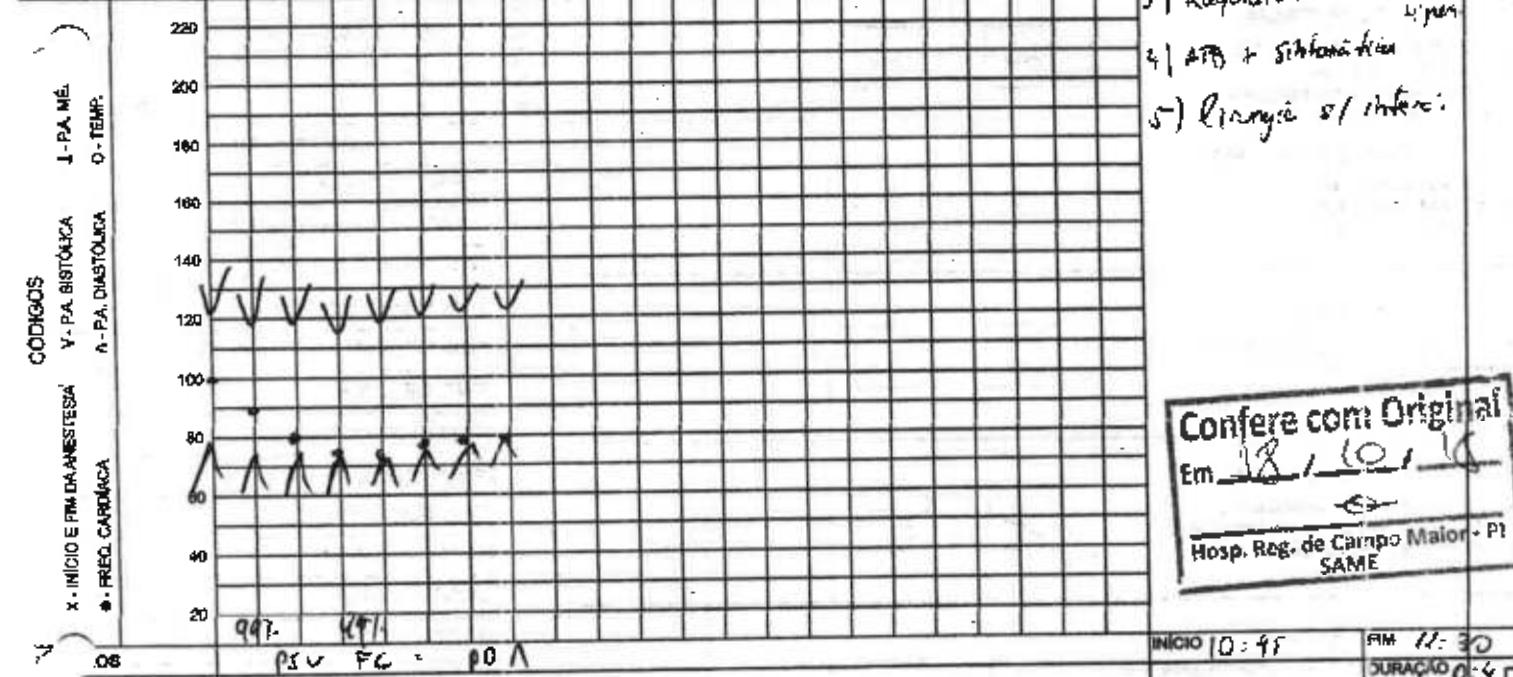
PACIENTE	<i>Jefferson Neves Silva Nasimento</i>		IDADE	DATA DE NASC	PESO	SEXO
PROCEDIMENTO			11			
ESTADO FÍSICO ASA						

PRESSÃO ARTERIAL	PC	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS
HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO		GLICEMIA	UREIA	CREATININA	

OXIGÉNIO						
SEVOFLURANO						

G	F	R
SG 5%	SF 0,8%	nitrox
H	P	
CO2	PLAMA	DISSOLV
SaO ₂ (%)		

ECO ₂	
------------------	--



Confere com Original
 Em 18/10/16
 Hosp. Reg. de Campo Maior - PI
 SAME

INÍCIO 09:47 FIM 10:11 DURAÇÃO 0:45

TECNICA Anestesia	Reoperatório: punção única c/ agulha 26G																
Observações																	
<input checked="" type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PAM <input checked="" type="checkbox"/> PANI <input type="checkbox"/> Cianogênio <input checked="" type="checkbox"/> Sat. O ₂																	
<table border="1"> <tr> <td>GASES</td> <td>l/min</td> <td>Inhalo</td> <td>Fim</td> <td>Tempo</td> </tr> <tr> <td>Oxigênio</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ar Medicinal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			GASES	l/min	Inhalo	Fim	Tempo	Oxigênio					Ar Medicinal				
GASES	l/min	Inhalo	Fim	Tempo													
Oxigênio																	
Ar Medicinal																	

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina	Amp	Dopamina	Amp	Neostigmina	Amp	Remifentanil	Fras
Adrenalina	Amp	Dormonid	Amp	Nitroprussida	Amp	Ranitidina	Amp
Água dest. 10ml	Amp	Estaril	Amp	Novadrenalin	Amp	Ringer-Lactato	Fras
Cipro 200mg	Fras	Efedrina	Amp	Neostigmina 0,05 mg	0,1	Sufentanil	Amp
Cefazolinha 1g	Amp	Fenoteril (solo com)	Amp	Neosamina 0,05 mg	Amp	S. Fisiolóq. 0,8%	Fras
Cloantina	Amp	Fenoteril (solo)	Fras	Omeprazol	Fras	S. Glicosolado. 5%	Fras
Cloídida ()	Fras	Sevoflurano	lit	Pancurônio	Amp	Atrofáctio	Amp
Desacetilfentanyl	01	Hidrocortis 20mg	Fras	Profenid	Amp	Tramadol	Amp
Desoxaparin	Amp	Inaloflurano	lit	Propofol	Fras	Novabupi 0,5% v	Fras
Diltiazem	Amp	Musafetil	Fras	Protemina	Amp	Lidocaina 2% v	Fras
Dipirona	02	Metronidazol	Fras	Quetamina	Fras	Cefotaxim 0,2	Amp
Desbutammina		Nanten	amp	Cyclosporina	Fras	Cefotaxim 0,1	Amp

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MÉDICO-PROFISSIONAL**I012158 - JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO**

Data da internação: 21/09/2018 - 09:42:00 Sexo: M Idade: 21 ANOS

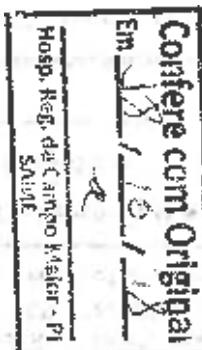
Convenio: SUS

Clínica: CIRURGIA GERAL Leito:

22/09/2018

PROFISSIONAL**ASSINATURA**

6:40	Pa: 100/80, Temp.: 35, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 CLIENTE NAO RELATA QUEIXAS	FRANCIVALDO MACEDO DA SILVA	
11:00	Pa: 12/7, Temp.: 36,5, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	SILVANA MARIA DOS SANTOS PAZ	 Silvana Maria dos Santos Paz Auxiliar de Enfermagem COREN-PI: 1123779
11:31	CLIENTE NO 1º DPO DE AMPUTAÇÃO DE 5º PDD "E". EM REPOSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO, EUPNÉICO, DEAMBULA COM AUXÍLIO, SSVV ESTAVES, NORMOTENSO, NORMOTÉRMICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, HIGIENIZADO, ACEITA A DIETA POR VO OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS, SONO PRESERVADO, SEM QUEIXAS ÁLGICAS NO MOMENTO E SEGUE EM TTO MEDICAMENTOSO CONFORME PRESCRIÇÃO.	MARCUS VINÍCIUS GONÇALO DE SOUSA	 Marcus Vinícius Gonçalo de Souza Enfermeiro COREN-PI: 398.884
18:22	Pa: 16/8, Temp.: 36,7, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	SILVANA MARIA DOS SANTOS PAZ	 Silvana Maria dos Santos Paz Auxiliar de Enfermagem COREN-PI 1123779



Resumo de Alta / Transferência

I012158 - JEFFERSON KIEVEN SILVA NASCIMENTO

Data: 21/09/2018 Leito: CC0401

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicações relevantes:

Internado p/ c/ ombro

Fratura do sc. radio distal

Adm p/ auxílio de cinto cinturão

Alta p/ reabilitação ambulatória

Diagnóstico principal: Fratura radio distal C-5

Diagnósticos Secundários:

Condições de Alta / Transferência

Curado Melhorado Inalterado Óbito

Destino: Residência Atendimento domiciliar Transferência para:

Observação:

Confere com Original	
Em 28/10/18	
Hosp. Reg. de Campo Maior - PI	
SAMM	

Dr. Marcelo Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-PI 14221 / TECI 1222

Data: 24/09/18

Médico

CRM/Carimbo

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

1012158 - JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

Data da Internação: 21/09/2018 - 09:42:00 Sexo: M Idade: 21 ANOS

Convenio: SUS

Clínica: CIRURGIA GERAL Leito:

23/09/2018

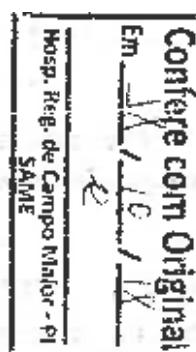
PROFISSIONAL

ASSINATURA

8:48 PCT NO 2º DPO DE AMPUT DE 5º POD "E". CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPONSIVO AO DIALOGO, EUPNEICO, DEAMBULA COM AUXILIO,, NORMOCORADO, AFEBRIL, NORMOTENSO, PO LIMPA E SECA, ACEITANDO VO OFERECIDA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES E NORMAIS, SONO PRESERVADO. REALIZADO TROCA DE CURATIVO, UTILIZADO: SF 0,9%, GAZES E ATADURAS. SEM QUEDAS NO MOMENTO, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

RODRIGO DE ARAUJO
SILVA


Rodrigo de Araujo
Silva
23/09/2018





ANOTACAO/EVOLUCAO MULTIPROFISSIONAL

1012158 - JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

Data da internação: 21/09/2018 - 09:42:00 Sexo: M Idade: 21 ANOS

Convenio: SUS

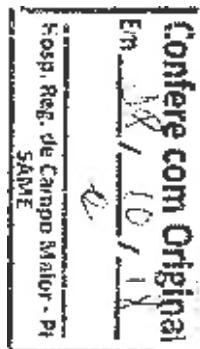
Clínica: CIRURGIA GERAL Leito:

23/09/2018

PROFISSIONAL

ASSINATURA

8:48	PCT NO 2º DPO DE AMPUT DE 5º PDD "E". CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPONSIVO AO DIALOGO, EUPNEICO, DEAMBULA COM AUXILIO, NORMOCORADO, AFEBRIL, NORMOTENSO, FO LIMPA E SECA, ACEITANDO VO OFERECIDA, ENURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES E NORMAIS, SONO PRESERVADO. REALIZADO TROCA DE CURATIVO, UTILIZADO: SF 0,9%, GAZES E ATADURAS. SEM QUEIXAS NO MOMENTO, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.	RODRIGO DE ARAUJO SILVA	
12:56	Pa: 120X80, Temp.: 35,8, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0 SEM QUEIXAS	FABIANA RIBEIRO DE ABREU	
18:04	Pa: 120X70, Temp.: 36,0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0 SEM QUEIXAS	FRANCISCA MIRTES RIBEIRO	Francisca Mirtes Ribeiro COREN 221663-AE Mirtes



ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Page 1 of 1

Data impresso: 24/09/2018

1012158 - JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

Data da internação: 21/09/2018 - 09:42:00 Sexo: M Idade: 21 ANOS

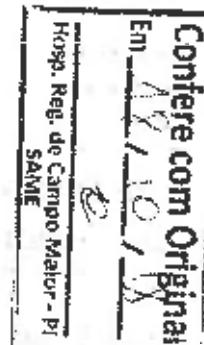
Convenio: SUS

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0401

Profissional Assinatura

24/09/2018

14:03	PACIENTE RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS REEVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA (DR MARCELO) REALIZADO CURATIVO TROCA DE CURATIVO COM SF 0,9% GÄZES, ATADURA E ORINTADO E AGENDADO RETORNO COM MÉDICO QUE REALIZOU A CIRURGIA, SAIU CONSCIENTE, ORIENTADO, FRASICO, EUPNEICO, ACOMPANHADO	DESTERRO	Maria do Carmo de Oliveira de Rocha E. COR. N. Maria do Carmo Oliveira de Rocha Entameira COREN - PI 450 488
-------	--	----------	---





PACIENTE: 1012158-JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

IDADE: 21 Anos

SUS

ENFERMARIA: CC004-CLINICA CIRURGICA - LEITO:CC0401

ADMISSÃO: 21/09/2018

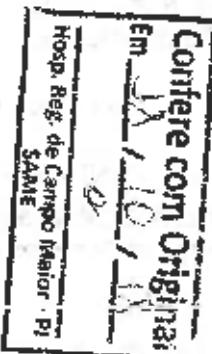
DIAS INTERNADO: 2

PREScrição MÉDICA

23/09/2018 - 08:08:23

DIETA LIVRE

JELCO SALINIZADO	1,00				
DIPIRONA 500 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/06H	AD S/N	<i>Francisco Antônio Ribeiro 08/06/2018</i>
RANITIDINA, CLORIDRATO 50 MG/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H		<i>08/08/2018</i>
CIPROFLOXACINO 2 MG/ML EV	2,00BS	ENDOVENOSA (EV)	12/12H		<i>12/12/2018</i>
METOCLOPRAMIDA CLOR. SOL. INJ. 5 MG/ML C/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/06H	AD S/N	<i>08/06/2018</i>
CETOPROFENO IV SOL. INJ. 100MG/ML AMPOLA COM 2ML	1,00AMP	INTRAVENOSA (IV)	12/12H		<i>100 ML SF 0,9%</i>
CCGG					
SSVV					



3113 - SALMO MELO OLIVEIRA LIMA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO OFICIAL	3.954.792	DATA DE EXPEDIÇÃO	13/09/13
NOME			
JEFFERSON KEVLIN SILVA NASCIMENTO			
FILIAÇÃO			
JOSÉLIA DE SOUSA SILVA NASCIMENTO			
JOSE FERREIRA DO NASCIMENTO FILHO			
NATUAALIDADE			
CAMPO MAIOR-PT			
DOC. ORIGEM			25/08/1997
CERT.NASC. 6830 L 06 F 205			
EXP CAMPO MAIOR-PI 14/09/07			
TERESINA-PI			
073.244.893-03 ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI N° 7.118 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83			





PJ CORRETOR
DE SEGUROS

13 NOV 2008

DPVAT

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, João Panuto de Melo Neto,
Portador do RG 23791864, data de expedição 28 / 02 / 2018,
Órgão expedidor SSP / PI CPF: 016.781.793-02 com domicílio na
cidade de Campo-Union, no estado de PI,
Onde resido na Rua: Antônio Cardoso de Oliveira, Q = 236
número 85 complemento CASA.

DECLARO, sob as penas da Lei que o veiculo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima, JEFFERSON KEVEN SIlva
NASCIMENTO cujo condutor era JEFFERSON KEVEN SIlva NASCIMENTO

VEICULO: MOTORCYCLE

VEICULO: MOTOCICLETA

ANO: 2021 / 2022

MODELO: HONDA CG 125 FAN KS

PLACAS: 008-6095

CHASSIS: 92951100366340

CHASSI. 3E1134130BR166328

DATA DO ACIDENTE: 23 / 09 / 2012

1.000 Univer-
sity of
Empo Meis-
sen

Local e Date

Local e Datal

Figure 6. $\sqrt{2} \times 10^3$ cm^{-2} hr^{-1} eV^{-1} sr^{-1} Hz^{-1} m^{-2}

**Assinatura do Declarante Proprietário
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA**

RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA

Carta de Extradicional de Chango Malde

3. AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOÃO CANUTO DE MELLO

DA VERDADE. DOU FÉ. CAMPO MAIOR, 07/11/2018

**PROJETO DE
FISCALIZAÇÃO
E AUTENTICIDADE
PEDE JUSTIÇA
PROTEÇÃO DA
CONSUMIDOR**

MARTINS PIRES - TABELA SUBS **Arco de Notas** **Arco de Registro** **Arco de Fim**
CR 74.546-55 D 26 Total: R\$ 4,70

RECONHECIMENTO
DE FIRMA

Glenn Kelly Mrs. 10-17-54
120-134037

DPVAT

19. *Leucosia* *leucostoma* (Fabricius) (Fig. 19)



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105362.001617/2018-39

Unidade de Registro: 5º DRPC - CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Sara Uchôa Barros

Data/Hora: 08/11/2018 - 15:05

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

2º DP DE CAMPO MAIOR

21/09/2018 - 07:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Endereço

BR 343, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

PRÓXIMO AO SAMU

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3954792 PI

Mãe: JOSÉLIA DE SOUSA SILVA NASCIMENTO

PJ CORRETOR
DE SEGUROS

Pai: JOSÉ FERREIRA DO NASCIMENTO FILHO

13 NOV 2018

Endereço: RUA ELESBÃO ANDRADE, Nº 105

Bairro: CARIRI

Cidade: CAMPO MAIOR

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo: Ano: Placa: Chassi: Renavam: Cor:

1 - HONDA - CG 125 FAN KS 2011 ODX6095 9C2JC4110BR766328 00333056655 Preta

Condutor: JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

RG: 3954792 Órgão: UF RG: PI

End: RUA ELESBÃO ANDRADE Número: 105 Complemento:

Cidade: CAMPO MAIOR UF: PI Bairro: CARIRI

Proprietário: JOÃO CANUTO DE MELO NETO

Cidade: CAMPO MAIOR UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

Compareceu neste DP, para noticiar que conduzia a motocicleta supracitada, sentido bairro Cidade Nova, quando foi surpreendido por um veículo não identificado que invadiu a pista, vindo a colidir com a moto do noticiante. O noticiante foi socorrido por populares e encaminhado ao HRCM, sendo atendido pelo médico plantonista Dr. ELENILSON CRM-4121, que após exames constatou fratura exposta no 5º dedo do pé (E), ficando internado para tratamento cirúrgico com amputação do membro citado acima. Era o registro.

Sara Uchôa Barros - Mat. 039914X
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO - Noticiante
Responsável pela Informação

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

073.244.893-03

Nome completo da vítima:

JEFFERSON REVEN SILVA NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2002

Nome completo:

JEFFERSON REVEN SILVA NASCIMENTO

CPF:

073.244.893-03

Profissão:

SERVIÇO GERAIS RUA: ELEONOR ANDRADE

Endereço:

Bairro: CENTRO

Cidade:

Campo Maior

Estado:

PI

E-mail:

Número:

105

Complemento:

CASA

CEP:

64.980-000

Tel. (DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 NOV 2018

AGÊNCIA: 0616

CONTA: 00106463

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

DPVA

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

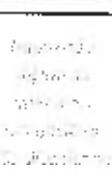
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data da óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou ou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou ou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou ou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou ou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qua quer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por Infração do artigo 799 do Código Penal



Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

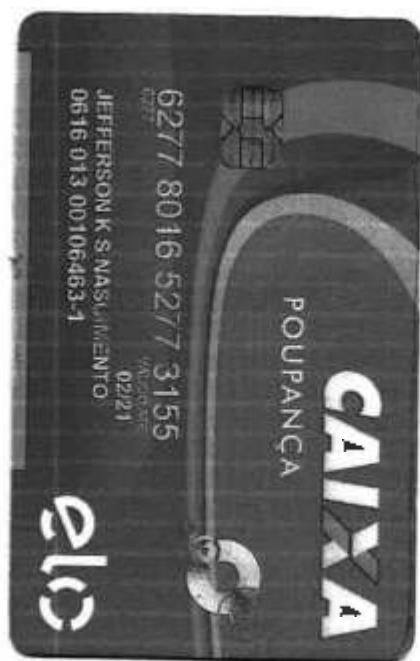
TESTEMUNHAS

1º | Nome: Zélio Rodrigues do Nascimento
CPF: 008.007.603-36

Assinatura

2º | Nome: FRANCINAR DE OLIVEIRA
CPF: 021.801.223.30

Assinatura



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 NOV 2018

DPVAT