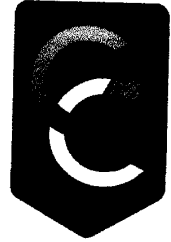


Instrumento Procuratório

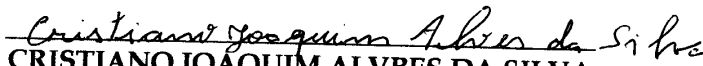


Outorgante: **CRISTIANO JOAQUIM ALVBES DA SILVA**, brasileiro, inscrito no RG, sob o nº. 7336354 SSP-PE inscrito pelo CPF nº. 098.053.364-33, residente e domiciliado na Rua Eduardo da Fonseca, nº 188, Caueiras, Aliança-PE.

Outorgado: **GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o n. 34.570, com endereço profissional na Rua Marçal Emiliano Sobrinho, nº 87, 1º andar, Centro, Timbaúba/PE - CEP - 55870-000.

Poderes: Confere amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicia Et Extra*", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive requerer falência, concordata e recuperação judicial, apresentar e ratificar queixas-crimes, propor quaisquer ações, inclusive Ação de Divórcio, defender-me (nos) nas que (me) (nos) forem propostas, cíveis, penais, tributárias, previdenciárias, trabalhistas, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber e dar quitação, firmar compromissos, requerer assistência judiciária gratuita, reter honorários advocatícios no importe de 30%, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromissos de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor (es) ou reclamante (s) e defendendo-o(s), na condição de reclamada(s) bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Timbaúba/PE, dia 09 de abril de 2019.


CRISTIANO JOAQUIM ALVBES DA SILVA


GILBERTO CORREIA
ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Rua Marçal Emiliano Sobrinho, N 87, 1º andar
Centro, Timbaúba/PE – Fone: **81 3631.3992**
gilbertocorreia.advocacia@hotmail.com




DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA



CRISTIANO JOAQUIM ALVBES DA SILVA, brasileiro, inscrito no RG, sob o n°. 7336354 SSP-PE inscrito pelo CPF n°. 098.053.364-33, residente e domiciliado na Rua Eduardo da Fonseca, n° 188, Caueiras, Aliança-PE. **DECLARA**, para os devidos fins de direito e quem possa interessar, com fundamento no art. 5º, inciso LXXVII da Carta Magna, e ainda com fulcro na Lei n/ 1.060, de 05 de fevereiro de 1950, que estabelece as normas para a concessão de assistências judiciária aos necessitados, combinada com a legislação n°7.115/83, e artigo 1º, parágrafo 2º do diploma legal n°5.478/1968, que é pobre na forma da lei e não tem condições de arcar com as despesas e custas que advêm de um processo judicial, sem comprometer seus parcos rendimentos.//////////

Timbaúba/PE, 09 de abril de 2019.


CRISTIANO JOAQUIM ALVBES DA SILVA


ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Rua Marçal Emiliano Sobrinho, N 87, 1º andar
Centro, Timbaúba/PE – Fone: 81 3631.3992
gilbertocorreia.advocacia@hotmail.com



você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispoem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTERA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 20349 Série 081



Cristiano Joaquim da S.
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Cristiano Joaquim Chaves da Silva
Loc. Nasc. Limbuva Est. RJ Data 13/08/1971
Filiação Cristiano Chaves da Silva
Mãe Maria da Conceição da Silva
Doc. Nº 99054 FLS 248 V L 1-42 Cart. Limbuva RJ

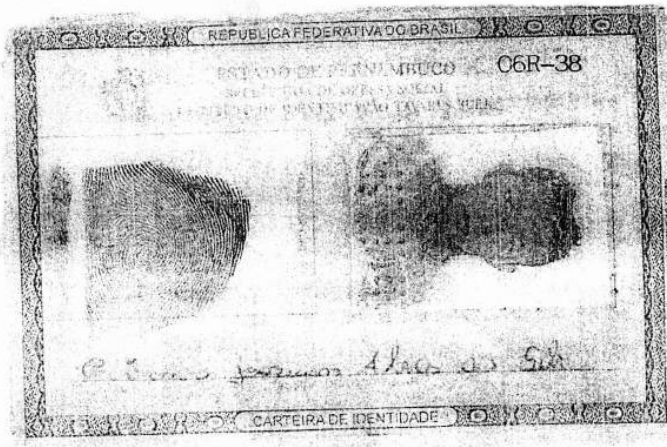
ESTRANGEIROS

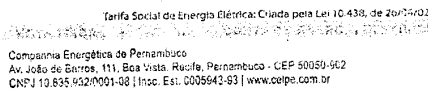
Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 30/08/07
Assinatura do Funcionário
Jaqueline Belem Rodrigues
Agente Administrativo
Mat. 2.373

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
Doc.
Nome
Doc.
Nome
Doc.
Est. Civil
Doc.
Est. Civil
Doc.
Nascimento
Doc.







RUA EDUARDO DA FONSECA 158

CAUEIRAS/CAUEIRAS
ALIANÇA PE
55890-000

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofaseco

COMPTON CONTRATO 7014572915 MÊS/ANO 09/2017

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
000111004	1000000000	01/01/2017

DATA DE VENCIMENTO: 10/09/2017 DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITUR: 09/10/2017

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
18710019	2012428246	40009

TOTAL A PAGAR (RS) 25.67

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,17035803	5,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	54,0000000	0,29204234	15,77
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,31
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,98
Contribuição Tarifária do Pádua			3,19
Multa por Atraso (R\$ 0,00029318 - 08/03/17			0,01
Multa por Atraso (R\$ 0,00275518 - 08/03/17			0,01

TOTAL OAFUTURE

2567

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA 03/02/2017	LEITURA 10000	ATUAL DATA 03/02/2017	LEITURA 2412,00	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
30107301							1,0000		34,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	BARE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
GEN 97	22.04	0.54	3.14
FEB 97	22.04	1.55	0.66

PERÍODO	Consumo Alvo em kWh	Consumo Alvo Superior	% de 100 Alvo
GEN 97	22.04	22.04	100.00
FEB 97	22.04	22.04	100.00

Não deixe de fazer as reservas antecipadas para a Anarela. Confira o site em www.anarela.com.br. O cliente é compensado quando há cancelamento de reserva no prazo mínimo de 30 dias antes da formação do grupo. Pagos em até 90 dias antes da data da Anarela. Juros de 1% (até 10/10/2012) e de 12% (a partir de 10/10/2012) sobre o valor da reserva. Mais informações sobre a ANARELA em: www.anarela.com.br ou pelo telefone 0800 40 40 40. Para mais informações sobre o Tarifa Social de Energia Elétrica consulte a Lei nº 10.438 de 26/04/2002 - RJ 22.17. O cliente é compensado quando há descompensação do valor definido pela ANEEL em relação ao valor de atendimento comercial.

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 059ª CIRCUNSCRIÇÃO - FERRADAS
DP59ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0149000423**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/12/2017** às
15:52

Complementa o BO Número: **17E0149000358**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **21/12/2017** às **01:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1, DISTRITO DE CAUEIRAS - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PRACA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MANOEL ANTONIO DE LIMA (OUTRO)
CRISTIANO JOAQUIM ALVES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
CRISTIANO JOAQUIM ALVES DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ALIANÇA, 1, CAUEIRAS - CEP: 0 - Bairro: DISTRITO DE CAUEIRAS - ALIANÇA/PERNAMBUCO/BRASIL**

CRISTIANO JOAQUIM ALVES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA DE LOURDES DA SILVA** Pai: **JOAQUIM ALVES DA SILVA** Data de Nascimento: **13/8/1981** Naturalidade: **TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7350184/SDS/PE (RG), 09808336433 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AMBULANTE**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ALIANÇA, 188, RUA EDUARDO DA FONSECA - CEP: 0 - Bairro: DISTRITO DE CAUEIRAS - ALIANÇA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MANOEL ANTONIO DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo:

20/12/2017 15:44



Sexo: Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ALIANÇA, 1 - CEP: 55009-000 - Bairro: CENTRO - ALIANÇA/PERNAMBUCO/BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MANOEL ANTONIO DE LIMA** que estava em posse do(a) Sr(a): **CRISTIANO JOAQUIM ALVES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFG1133** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renssem: **203455376** Chassi: **SC21JC4220AR3715P**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GAS**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE PILOTAVA A SUA MOTOCICLETA NO DISTRITO DE CAUEIRAS, QUANDO NAS PROXIMIDADE DE UMA PRAÇA, O MESMO AO PASSAR POR UMA LOMBADA (QUEBRANOLAS), O MESMO PERDEU O EQUILIBRIO DA REFERIDA MOTOCICLETA, VINDO A CAIR SOFRENDO UMA FRATURA NO ROSTO (MAXILAR) E NA CABEÇA, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE ALIANÇA EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE O MESMO FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE. DIANTE DO EXPOSTO SOLICITA DESTA TODAS AS PROVIDENCIAS QU O CASO REQUER.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Cristiano Joaquim Alves da Silva
CRISTIANO JOAQUIM ALVES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LEONARDO JOSE DA SILVA** - Matrícula: **3811310**



20/12/2019 15:44



SINISTRO 3180202573 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** CRISTIANO JOAQUIM ALVES DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SAFETY**ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME****BENEFICIÁRIO** CRISTIANO JOAQUIM ALVES DA SILVA**CPF/CNPJ:** 09805336433**Posição em 03-04-2019 14:24:07**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Valor da indenização: R\$ 1.350,00 Valor da retenção: R\$ 0,00 Valor a pagar: R\$ 1.350,00

30/05/2018	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00
------------	--------------	----------	--------------





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 882647/2017.

NOME: CRISTIANO JOAQUIM ALVES DA SILVA.

Foi atendido às 02h10 do dia 22.10.2017.

Diagnóstico provável: Polipose - TCE
história de AVC prévio

risco de embolia

Tratamento realizado: Cloro

TAC com, TAC al cloro, TAC pre

Obs. alta hospitalar - 22/10/17

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 20/02/18.

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
DR. CARLOS PAIVA
MÉDICO O.S.A.M.E.
CRM 9946

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO **PERNAMBUCO**
GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Clinica:

Registro:

Box/Leito/Enfermaria:

Handwritten medical notes:
1. *[illegible]*
2. *[illegible]*
3. *[illegible]*
4. *[illegible]*
5. *[illegible]*

Data: 24/11/19

Ass. Carimbo Médico **CREMEPE**

COD. 0340





São José
AGROINDUSTRIAL

RECEITA MÉDICA

AO IASS

Encaminho Cristiano Joaquim
Alves da Silva, por sofrer aci-
dente de moto no dia 21/04
tem atestado médico de 30 dias
e estamos os próximos 15 dias
e encaminhamos a este serviço
devido o mesmo ainda
estar com lesões físicas de
um braço e um olho.
Sua condição de trabalho
no momento

SÃO JOSÉ AGROINDUSTRIAL
Rodovia PE 041 - km 10,7 - s/n - Três Lagoas - MS
Igarassu - PE - Brasil - CEP: 53610-970 - Caixa Postal: 68
Fone: (81) 2125 0505 - Fax: (81) 2125 0507

AIRTON MEIRA DO NASCIMENTO
CREMEPE 4570/GG / MTB. - 920212/17
MÉDICO COORDENADOR DO PCMSO

06/11/17



SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

**SAFETY
CORRETORA**
10 NOV. 2017
DPVAT

Atendimento nº: _____
Nome: Luciano Trigueiro Alves de Silva

Foi atendido às 07:10 h do dia 22/10/17

Diagnóstico Provável Infecção

data da alta 22/10/19

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA com CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia) e VÔMITOS.

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

PARALISIAS (que aparecem após a alta)
ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

ANISOCOSMIA CONVULSÃO

OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação :

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0163

**SAFETY
CORRETORA**
03 MAIO 2018
DPVAT



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 882648

Nome: Luiziana Joaquina Alves do S. 10

Foi atendido às 02:10 hs. do dia 22/10/2017

Diagnóstico Provável: Reat. vitreosa do
crânio unilateral, fratura
de fêmur com fratura do
osso zigomático @

Necess. de 30 dias de afastamento
de suas atividades.

Tratamento Realizado: @ lempagem do 6º crânio
na noite no mesmo sexta-feira
22/10/17 para redução da fratura
do fêmur.

Observação: Alto BME em 08/10
de dia 29/10/17

Cópia de:

Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





PREFEITURA DA
ALIANÇA
A GRANDE OBRA É CUIDAR DAS PESSOAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA MUNICIPAL DA ALIANÇA

Rua Marechal Deodoro, s/n - Aliança - PE - CEP 55 890 - 000
Fone: 3637.1340 / 3637-1388 / E-mail: unidademista2009@hotmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Registro Nº 198 184 Hora: 05:00 Recepcionista: Wolmar

UNIDADE DE SAÚDE: _____		DISTRITO SANITÁRIO: _____		DATA: <u>23/10/17</u>
INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO PACIENTE OU ACOMPANHANTE: <u>26 anos</u>				
NOME: <u>Wolmar da Silva</u>				
DATA DE NASCIMENTO: <u>13/08/1991</u>		SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> IGNORADO	RAÇA/COR <input type="checkbox"/> 1 - BRANCA <input type="checkbox"/> 2 - AMARELA <input type="checkbox"/> 3 - PRETA <input type="checkbox"/> 4 - INDÍGINA <input checked="" type="checkbox"/> 5 - PARDA	
ESTADO CIVIL: <u>S</u>	ESCOLARIDADE: <u>?</u>	PROFISSÃO: <u>?</u>		
NOME DA MÃE: <u>Wolmar da Silva</u>				
ENDEREÇO: <u>Rua Marechal Deodoro</u> Nº <u>184</u> COMPL.: _____ CEP: <u>55890-000</u>				
BAIRRO: <u>?</u>		MUNICÍPIO: <u>Aliança</u> UF: <u>PE</u>		
ACOMPANHANTE: <u>Wolmar da Silva</u>				
PRECEDÊNCIA: _____ MEIO DE TRANSPORTE: _____				
HDA: <u>Paciente vítima de acidente motorizado apresentando</u> <u>grau de inconsciência e lesões pelo corpo</u>				
VACINAS ATUALIZADAS SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>				
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTES OU AGRESSÃO				
ACIDENTE DE TRÂNSITO				
VEÍCULO AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> ÔNIBUS <input type="checkbox"/> MOTO <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> QUAL? <input type="checkbox"/> IGNORADO				
FATOR DE PROTEÇÃO CINTO/CAPACETE SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IGNORADO				
MODO DE ATROPELAMENTO COLISÃO <input type="checkbox"/> CAPOTAGEM <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> QUAL? <input type="checkbox"/> IGNORADO				
INDO / VOLTANDO DO TRABALHO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IGNORADO				
ACIDENTE DO TRABALHO				
ORIGEM CONSTRUÇÃO CIVIL <input type="checkbox"/> INDÚSTRIA <input type="checkbox"/> AGRICULTURA <input type="checkbox"/> COMÉRCIO <input type="checkbox"/> QUAL? <input type="checkbox"/> IGNORADO				
LOCAL DE TRABALHO: ORGÃO: _____		ENDEREÇO: _____ <input type="checkbox"/> IGNORADO		
OUTRO TIPO DE ACIDENTE				
INTOXICAÇÃO ACIDENTAL <input type="checkbox"/> QUEDA ACIDENTAL <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> QUAL? _____				
AGRESSÃO <input type="checkbox"/> IGNORADO				
POR ARMA DE FOGO <input type="checkbox"/> ARMA BRANCA <input type="checkbox"/> ESPANCAMENTO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> QUAL? <input type="checkbox"/> IGNORADO				
POR ASSALTO <input type="checkbox"/> BRIGA <input type="checkbox"/> AÇÃO POLICIAL <input type="checkbox"/> AGRESSÃO SEXUAL <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> QUAL? _____				
AUTO AGRESSÃO <input type="checkbox"/> SUICÍDIO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IGNORADO				
POR ARMA DE FOGO <input type="checkbox"/> ENFORCAMENTO <input type="checkbox"/> DROGAS <input type="checkbox"/> QUEDA DO NÍVEL QUAL? <input type="checkbox"/> IGNORADO				
LOCAL DA OCORRÊNCIA				
VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> AMBIENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> ESCOLA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> QUAL? _____				
OBSERVAÇÕES:				
EXAME FÍSICO:				
AVALIAÇÃO PFSO: _____				

