



QUESITOS – PERÍCIA

PARTE AUTORA: KALENO JAIME DA SILVA

Queira o Sr. Perito esclarecer, de acordo com a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, introduzida pela Lei 11.945/2009, os seguintes QUESITOS:

1 – Em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve Lesões no Membro Inferior Direito?

2 – Em caso positivo, a Lesão ou as Lesões são Temporárias ou Permanentes?

3 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?

4 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?

5 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?

6 – Independente do quesito exposto no item “1”, em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve algum outro tipo Lesão?

7 – Em caso positivo, qual tipo de Lesão ocorreu?

8 – Em caso de ter havido Lesão, ela é temporária ou permanente?

9 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?

10 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?

11 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





HAROLDO MAGALHÃES
A D V O C A C I A

. PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

*Kaleno Jaime da Silva, brasileiro, solteiro, portador do
RG nº 7.904.073 SP/PE, inscrito no CPF nº 080.660.734-80,
residente e domiciliado Rua Quatro, nº 24, Cohab
Flourista PE*

do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o advogado.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

PODERES: a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula “ad judicium et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações, levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

Flourista 17 de fevereiro de 2019

Kaleno Jaime da Silva

OUTORGANTE

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com



DECLARAÇÃO

Kaleno Gaiome da Silva Brasileiro, solteiro, portador do
RGNº 7.304.073 SDS/PE, inscrito no CPFNº 080.660.754-80
residente e domiciliado na Rua Beata Nº 24 Cohab.
Florista - PE.

DECLARO
que nesse momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como
honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-
me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no
Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da
Constituição Federal.

Florista 17 de janeiro de 2019.

X Kaleno Gaiome da Silva
Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAYRES BUIE		REGISTRO GERAL 7.904.073	DATA DE EXPEDIÇÃO 25/01/2010
12R-01		NOME << KALENO JAIME DA SILVA >>	
FOTO		FILIAÇÃO << JAIME MANOEL DA SILVA >> << ALMIRA CAPITULINA DA SILVA >>	
ASSINATURA DO TITULAR <i>Kaleno Jaime da Silva</i>		NATURALIDADE FLORESTA - PE	
CARTÃO DE IDENTIDADE		DATA DE NASCIMENTO 07/04/1991	
		DOC ORIGEM << CN.12520 L.55 F.33V CART.FLORESTA-PE 16.04.1991 >>	
		CPF	
		ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.110 DE 29/08/83	
		F-37 48.005	

 MINISTÉRIO DA FAZENDA Receita Federal Cadastro de Pessoas Físicas COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO Número 080.660.754-80 Nome KALENO JAIME DA SILVA Nascimento 07/04/1991 VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO	CÓDIGO DE CONTROLE 07F0.0061.C143.3F01 A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil às 11:08:20 do dia 11/07/2012 (hora e data de Brasília) dígito verificador: 00
---	---



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 electricidade.
 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. Converse e discuta no trabalho predispondo a acidentes pela desatenção.
 Leia e refina 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
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número **72981** Série **00008-PE**



s. Kalino Zimpe da Silva
 ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Kaleno Yaine da Silva
 Loc. Nasc. Floresta Est. PE Data 07.04.1991
 Filiação Yaine Manoel da Silva e Ilma
Capitulina da Silva
 Doc. Nº Aut Nasc. Nº 12.520 Jls 33 v. Livro Nº 55

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em/...../..... Doc. Ident. Nº
 Exp. em/...../..... Estado
 Obs.:
 Data Emissão 14.1.09.2010 SRTE 7ª Floresta-PE
Edilson

Assinatura do Funcionário

Djalma da Silva Carneiro
 A.O. Adm.

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

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

9

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



12

CONTRATO DE TRABALHO
 Empregador: **05476815/0001-88**

PARATY ATACADO
 CNPJ/ME: **05476815/0001-88**

Rua: Nº:
 Município: Estado: **PE**

Esp. do estabelecimento: **Atividade de manufatura**
 Cargo: **Atividade de manufatura**

Data admissão: **01** de **Julho** de **2014**
 Registro nº: CBO nº:
 Remuneração especificada: **R\$ 1.500,00**
 Ass. do empregador ou a rogo c/test: **[Assinatura]**

1º 2º
 Data saída: **07** de **Dezembro** de **2017**
 Ass. do empregador ou a rogo c/test: **[Assinatura]**

1º 2º
 Com. Dispensa CD nº:

13

CONTRATO DE TRABALHO
 Empregador: **0558043/0001-34**

CNPJ/ME: **0558043/0001-34**

Rua: Nº:
 Município: Estado: **PE**

Esp. do estabelecimento: **Atividade de comércio**
 Cargo: **Atividade de comércio**

Data admissão: **01** de **Agosto** de **2011**
 Registro nº: CBO nº:
 Remuneração especificada: **R\$ 607,30**
 Ass. do empregador ou a rogo c/test: **[Assinatura]**

1º 2º
 Data saída: **08** de **Outubro** de **2014**
 Ass. do empregador ou a rogo c/test: **[Assinatura]**

1º 2º
 Com. Dispensa CD nº:

14

103.400.040/0001-19

EMPREGADOR E SERVIÇOS LTDA

CNPJ/MF

Av. Santos Dumont, 100-06
Uniterma - CEP 53016-230

Rua

Oitinda - PE

Município

Esp. do estabelecimento

Est.

Cargo

Saraiva da Silva

CBO nº

Data admissão 01 de Novembro de 2014

Registro nº

Remuneração especificada R\$ 1.204,20 (Dois mil e vinte e quatro reais)

Fls./Ficha

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Data saída

de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

2º

Com. Dispensa CD nº

15

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua

Município

Esp. do estabelecimento

Est.

Cargo

Data admissão

Registro nº

Remuneração especificada

Fls./Ficha

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Data saída

de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

2º

Com. Dispensa CD nº

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:
RUA QUATRO, 74

CIF 054 706 544-56 105 1062963151

CONABIFLORESTA
FLORESTA PE
58400-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Mortalsica

CONTA CONTRATO
4011050439

MÊS/ANO
01/2017

Nº DA NOTA FISCAL
001.05347

EMISSÃO
01/2017

DATA DE VENCIMENTO
18/01/2017

ITALIA: PREVISTA PROSSIMA LETTURA
09/02/2017

APRESENTAÇÃO
Fevereiro 2017

Nº DO CLIENTE
00000000000000000000

Nº DA INSTALAÇÃO
409/303

TOTAL A PAGAR (R\$)

37.02

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,15676392	4,70
Consumo Ativo Suficiente a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,26877876	18,81
Consumo Ativo Superior a 100 até 220 kWh	14,00000000	0,40316489	5,64
Contribuição Iluminação, 30 Pontos			5,91
Multa por atraso NF 001173968 - 1/11/16			0,00
Multa por atraso NF 001173968 - 1/11/16			0,00

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3776670	Cat	07/04/2012	9.665,96	03/04/2013	9.778,38	29	1.0000		112,42

INFORMACION DE TRIBUTOS

COMPOSIÇÃO DOS CUSTOS

Fonte	Valor (R\$)	%
Biomassa	114	12,2
Gás	120	13,0
Petróleo	121	13,1
Outros	90	9,8
Impostos	47	5,1
Outros	41	4,4
Total	939	100

COMPOSIÇÃO DOS CUSTOS DE ENERGIA ELÉTRICA

Fonte	Valor (R\$)	%
Biomassa	114	12,2
Gás	120	13,0
Petróleo	121	13,1
Outros	90	9,8
Impostos	47	5,1
Outros	41	4,4
Total	939	100

TARIFAS APLICADAS

Tipo de Tarifa	Valor (R\$)	%
Consumo médio mensal	1.150,77	12,2
Consumo médio superior a 30 de 1.150,77	257,76	2,8
Consumo médio superior a 30 de 220,00	257,76	2,8
Total	1.666,29	17,8

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO! A CDE PELO MODO QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Year	1990	1991	1992	1993	1994	1995
1990	1990	1991	1992	1993	1994	1995

Em caso de não pagamento de impostos, a multa e o efeito de embargo poderão ser suspensos, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com anotação em nome do Devedor. O Devedor não possui a obrigação de detalhar valores em bens e direitos para a exigência de pagamento de impostos, que poderão ser cobrados após a temida restrição.

[illegible]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

Abstract of this is

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
230	204	231

CONTA CONTABILIZADA: 40-1050435 - 1050435 DATA DE ENCERRAMENTO: 18/01/2017 TOTAL A PAGAR (R\$):

37.02

83820000000-2 37020011004-7 01105043910-9 05946671133-6





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 187ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORESTA - DP187ªCIRC
DINTER2/22ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0277000074**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/01/2017** às **09:56**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **15/1/2017** às **18:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 01, PARQUE DE EXPOSIÇÕES -**
Bairro: **CAITANO II - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

KLEYTON ALVES ARAUJO (AUTOR / AGENTE)
EDIVALDO DE SOUZA BARROS (TESTEMUNHA)
GENICE (TESTEMUNHA)
KALENO JAIME DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): KLEYTON ALVES ARAUJO
VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): KALENO JAIME DA SILVA

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

KLEYTON ALVES ARAUJO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 275, PRACA MAJOR JOAO NOVAIS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

EDIVALDO DE SOUZA BARROS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 24, RUA 04 - CEP: 0 - Bairro: COHAB - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

KALENO JAIME DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALMIRA CAPITULINA DA SILVA**
Pai: **JAIME MANOEL DA SILVA** Data de Nascimento: **7/4/1991** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7904073/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares:

- **87996674505**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 24, RUA 04 - CEP: 0 - Bairro: COHAB - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

GENICE (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 26, RUA TENENTE MARIO FERRAZ - CEP: 0 - Bairro:**



CAITANO II - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDIVALDO DE SOUZA BARROS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **KALENO JAIME DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KHS7912** (PERNAMBUCO/FLORESTA) Renavam: **879670541** Chassi: **9C2JC30706R843353**
Descrição: **HONDA/CG 125 FAN**

CAMINHONETE (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **KLEYTON ALVES ARAUJO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **KLEYTON ALVES ARAUJO**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHONETE/PEUGEOT/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **OYV4596** (PERNAMBUCO/FLORESTA) Renavam: **1010795519** Chassi: **9362VKFWXEB007726**
Descrição: **PEUGEOT/HOGGAR ACTIVE**

Complemento / Observação

A VITIMA, KALENO JAIME DA SILVA, COMPARECEU NESTÁ DELEGACIA PARA INFORMAR QUE O MESMO ESTAVA TRAFEGANDO NO BAIRRO DO CAETANO II NA CIDADE DE FLORESTA-PE, COM A MOTOCICLETA DE MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN, PLACA KHS7912, QUANDO O VEICULO DE PLACA OYV-4596 ATRAVESSOU NA RUA E VINDO A COLIDIR COM O MESMO. NO ACIDENTE A VITIMA TERIA SOFRIDO FRATURAS EM SEUS DEDOS DO PÉ DIREITO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

Kaleno Jaime da Silva

KALENO JAIME DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEXSANDRO SILVA OLIVEIRA** - Matrícula: **350878-1**



SINISTRO 3170171867 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA KALENO JAIME DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO KALENO JAIME DA SILVA

CPF/CNPJ: 08066075480

Posição em 06-04-2017 11:31:28

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 337,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacão	Juros e Correção	Valor Total
07/04/2017	R\$ 337,50	R\$ 0,00	R\$ 337,50





09.794.915/0177-74
ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL
HOSPITAL CEL. ÁLVARO FERREZ

NOME	ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO
	R. Alcina Torres de Araújo, 33 HOSPITAL GEN. ALVARO FERRA Lendo Floresta - PE

RUA ALCINA TORRES DE ARAÚJO

LOCALIDADE	ESTADO	CEP
FLORESTA	PE	56400-000

NOME		SEGURADO	
Kalevo Järvi		Silva	
PROFISSÃO	IDADE	DATA DE NASCIMENTO	CARTÃO DE IDENTIDADE (Nº BR/123456789 (24/6/81))
	25	04/04/11	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO

IDADE	ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA	ESTADO	CEP
00	Rua 04 - N.º 34 - Contô	PE	56400-000
LOCALIDADE	Fluorston		

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-61)	NÚMERO	ÓRGÃO EMISSOR	OUTRO DOCUMENTO DE IDENTIDADE (admissível em casos excepcionais durante dois dias úteis)

DATA DO ATENDIMENTO	RAPETIÇÃO DO ATENDIMENTO	HORA DO ATENDIMENTO
05/01/17	SIM 1. ☐ NÃO 2. ☐ Nº VEZES	1370

MOTIVO DO ATENDIMENTO

A ciã de arte de. Profº

Por volta de 25 anos, com queixa de queda de motricidade durante
exercícios de trabalho chegando com solução de contornar
importante entre as possibilidades.

$$715: 106627.5 + 849007$$

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

Alívio da dor, porém, sem Obs. visual B. Nat. captação, sem al.

X-RTNF em 2^o, absorção, PA: 120x40x40 FC: +5 cm

P: Classman 15, parlar incômodos, com dor, fazer

E: Vento, ombros, pedicúlos (1° e 2°), com redução de contornos.

PX: evidenciando lesões de 2° pedicúlos (pedicúlos parciais).

OBS.: Anexar os resultados dos exames complementares realizados

DIAGNÓSTICO	CID
F10.10, F10.20, F10.30, F10.40, F10.50, F10.60, F10.70, F10.80, F10.90, F10.99	

PROCEDIMENTO	25611616	CÓDIGO	
--------------	----------	--------	--

NATUREZA DO ATENDIMENTO	
☐ 1 CLÍNICO	☐ 5 PSQUIÁTRICO
☐ 2 CIRÚRGICO	☐ 6 TISIOFNEUMOLÓGICO
☐ 3 OBSTÉTRICO	☐ 7 ODONTOLÓGICO
☐ 4 PEDIÁTRICO	☐ 8 OUTRO
	☐ 9 ACIDENTE EM GERAL
	☐ 10 ACIDENTE DO TRABALHO

MEDICAÇÃO		ENCAMINHAMENTO	
☐ 1 PRESCRITA	☐ 1 PARA RESIDÊNCIA	☐ 3 INTERNAÇÃO	☐ 5 OUTROS
☐ 2 APLICADA	☐ 2 PARA AMS	☐ 4 ÓBITO	

NOME DO HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE

ASSINATURA DO MÉDICO OU ODONTÓLOGO	CARIMBO CRM OU CRO
------------------------------------	--------------------

ASSINATURA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE

DATA: 01/12/2023

Maria Maria Ferraz Silva
Diretora

CONFERE COMO ORIGINAL 428.398.654-04

caso não seja assinado, aplicar pólacril direto no tubo

INSTRUÇÕES

Preencher legivelmente todos os campos sob pena de não ser considerado o atendimento.

Assinatar com "X" as quadrículas precedidas de número, marcando a alternativa.

São responsáveis pela informação o médico ou odontólogo assistente e os diretores da entidade conveniente ou contratado.

u.d.

A declaração falsa é/ou fraude sujeita os infratores às sanções dos art. 171 e/ou 299 do código penal.

