

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

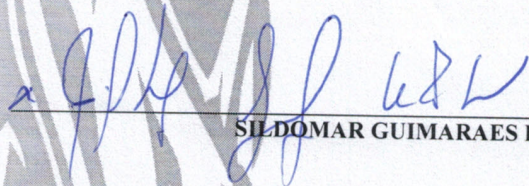
PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr. SILDOMAR GUIMARAES DE PINHO, Brasileiro, Solteiro, Autonomo, portador da cédula de identidade nº 1537796-2 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 129.868.012-34, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Capella, nº 1160, BL AP 202 Bairro: Cidade Satelite, CEP: 69.317-492. Tel: (95) 99199149-5149 E-mail: guimaraessildomar@gmail.com.

Outorgado: Bel. MARLON TAVARES DANTAS, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 1832, com endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99129-6312/98108-7779, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “**ad judicium**”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o carácter de contrato de honorários.

Boa Vista/RR, 20 de julho de 2018.



SILDOMAR GUIMARAES DE PINHO



POLEGAR DIREITO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	1537796-2
DATA DE EXPEDIÇÃO	08/01/1998
SOLAR	SILDOMAR GUIMARAES DE PINHO
FILIAÇÃO	IDEMAR DOURO DE PINHO
	RILMA GUIMARAES DE PINHO
MANAUS-AM	13/04/1962
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
CERT.NASC.N.1.698 FLS.57	
LV.185 CART.1.OF.MANAUS-AM	
CPF	<i>113.000.000</i>
IIACM-19	1A. VIA
LEI N.º 7.116 DE 23/03/83	

SABEMI SEGURADORA S/A
19 JUN. 2018
RECEBIDO

RECEBIDO
19 JUN 2018
AL2 ARQUIVADO 19 JUN 2018

Receita Federal do Brasil

15/06/2018

COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 129.868.012-34

Nome: SILDOMAR GUIMARAES DE PINHO

Data Nascimento: 13/04/1962

Situação Cadastral: REGULAR

Data de Inscrição no CPF: ANTERIOR A 10/11/1990

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 10:27:47 do dia 15/06/2018 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 5B57.FF06.9B21.DD1E



Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta



ADVOCACIA

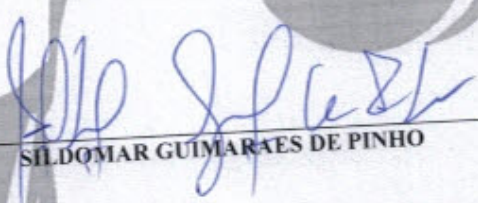
ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

SILDOMAR GUIMARAES DE PINHO, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, portador da cédula de identidade nº 1537796-2 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 129.868.012-34, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Capella, nº 1160,BL AP 202 Bairro: Cidade Satelite, CEP: 69.317-492. Tel: (95) 99199149-5149 E-mail: guimaraessildomar@gmail.com.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 20 de julho de 2018.


SILDOMAR GUIMARAES DE PINHO



POLEGAR DIREITO

Via de Pagamento para o mes/ano: 12/2018 referente a UC: 1119354

1/2019



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 1969320

FRANCISCO FERNANDES RIBEIRO

R. CAPELLA, 1160 , BL B3 AP 202

CIDADE SATELITE

69317492 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1119354	MÊS 12/2018	PERÍODO DE CONSUMO 13-NOV-18 a 12-DEC-18
CONSUMO (kWh) 125	VENCIMENTO 01-JAN-19	TOTAL A PAGAR R\$ 127,44

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1119354	MÊS 12/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 127,44
-------------------------	----------------	-----------------------------

836700000018.274400750007.000000001115.935412180058



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

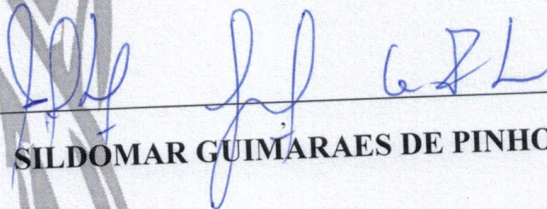
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

SILDOMAR GUIMARAES DE PINHO, Brasileiro, Solteiro, Autonomo, portador da cédula de identidade nº 1537796-2 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 129.868.012-34, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Capella, nº 1160,BL AP 202 Bairro: Cidade Satelite, CEP: 69.317-492. Tel: (95) 99199149-5149 E-mail: guimaraessildomar@gmail.com.

DECLARO para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

Boa Vista/RR, 20 de julho de 2018.


SILDOMAR GUIMARAES DE PINHO



POLEGAR DIREITO

ADVOCACIA

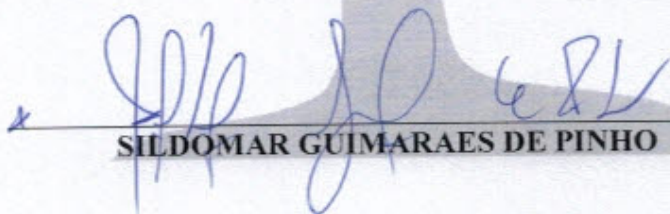
CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Sildomar Guimarães de Pinho, CPF nº 129.868.012-34
Residente e domiciliado à rua Capella, nº 1160, bairro
Cidade Satélite, na cidade de Boa Vista, estado de
Roraima, declaro que sou trabalhador (a) autônomo (a), desenvolvendo atividade de
Serviços Gerais recebendo uma renda mensal em média de
R\$ 954,00, não podendo ser demonstrada em contracheque ou em extrato bancário por receber
de forma avulsa, e de acordo com o serviço prestado.

Ratifico serem verdadeiras as informações acima prestadas.

Boa Vista-RR, 03 de dezembro de 2018.


SILDOMAR GUIMARAES DE PINHO



POLEGAR DIREITO

TRABALHADOR

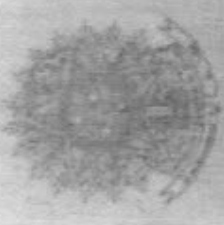
Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP	
121.07519.45-7	
NÚMERO	SÉRIE
2646622	002-0
UF	
RR	

ASSINATURA DO TITULAR
FOLGEM DIREITO



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR			
GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO	HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO	
ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO			
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 87-B, de 12 de Julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO			

CARTEIRAS ANTERIORES			
NUMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
90705100014		AM	06/08/1997
01108107			
NUMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
NUMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
NUMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS			
NOME DO TITULAR			
REGISTRADO EM	SOB. Nº	LIVRO Nº	
ELS	PROC. Nº		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA		
REGISTRADO EM	SOB. Nº	LIVRO Nº	
ELS	PROC. Nº		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA		
REGISTRADO EM	SOB. Nº	LIVRO Nº	
ELS	PROC. Nº		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA		

06 CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR *Impazôquia Com. para de 1500t e 1200t*
CÓDIGO CII *48.605.262 1001-91*
ENDEREÇO *Av. Gial Atende Fatur, 3383 Curitiba*
MUNICÍPIO *Boa Vista* UF *RR*
ESP. DO ESTABELECIMENTO *Comercial*
CARGO *Produtor* CBO Nº *5211-10*

DATA DE ADMISSÃO *22* DE *Junho* DE *11*
REGISTRO Nº *001* *26*
REMUERACAO ESPECIFICADA *R\$ 565,00 + 1,51 (Quin*
Juntes de 1500t e 1200t) + 1,51 (Comida

DATA DE SAÍDA *19* DE *Setembro* DE *2011*

07 CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR
CÓDIGO CII
ENDEREÇO
MUNICÍPIO
ESP. DO ESTABELECIMENTO
CARGO CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE
REGISTRO Nº
REMUERACAO ESPECIFICADA

DATA DE SAÍDA DE DE

CONDIÇÃO DE SAÍDA

08		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR		EMPREGADOR	
CGC/CNPJ/CEL		CGC/CNPJ/CEL	
ENDEREÇO		ENDEREÇO	
MUNICÍPIO		MUNICÍPIO	
ESP. DO ESTABELECIMENTO		ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO		CARGO	
CBO Nº		CBO Nº	
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ADMISSÃO	
REGISTRO Nº		REGISTRO Nº	
RÉMUNERAÇÃO ESPECIFICADA		RÉMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
DATA DE SAÍDA		DATA DE SAÍDA	
COM. DISPENSA CD Nº		COM. DISPENSA CD Nº	
FATS Nº DA CONTRA		FATS Nº DA CONTRA	

09		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR		EMPREGADOR	
CGC/CNPJ/CEL		CGC/CNPJ/CEL	
ENDEREÇO		ENDEREÇO	
MUNICÍPIO		MUNICÍPIO	
ESP. DO ESTABELECIMENTO		ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO		CARGO	
CBO Nº		CBO Nº	
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ADMISSÃO	
REGISTRO Nº		REGISTRO Nº	
RÉMUNERAÇÃO ESPECIFICADA		RÉMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
DATA DE SAÍDA		DATA DE SAÍDA	
COM. DISPENSA CD Nº		COM. DISPENSA CD Nº	
FATS Nº DA CONTRA		FATS Nº DA CONTRA	



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009868/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/06/2018 10:01 Data/Hora Fim: 13/06/2018 10:02
Origem: Polícia Judiciária Data: 09/03/2018
Delegado de Polícia: Uziel de Castro Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 28/01/2017 08:15

Local do Fato

Município: Rorainópolis (RR)
Logradouro: BR-174

Bairro: ZONA RURAL

Tipo do Local: Área Rural

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: SILDOMAR GUIMARAES DE PINHO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Manaus Sexo: Masculino Nasc: 13/04/1962
Profissão: Representante Comercial
Estado Civil: Divorciado(a)
Raça/Cor: Parda
Nome da Mãe: Rilma Guimaraes de Pinho

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA CAPELLA - BLOCO B3,202
Bairro: CIDADE SATELITE
Telefone: (95) 99159-4129 (Celular)

Nº: 1160

Nome: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Placa PHK6100

Ano/Modelo Fabricação 2016/2016

UF Veículo Amazonas

Marca/Modelo HONDA/CB 250F TWISTER

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Número do Chassi 9C2MC4400GR025145

Cor BRANCA

Município Veículo Manaus

Modelo HONDA/CB 250F TWISTER

Quantidade 1 Unidade

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009868/2018-A01

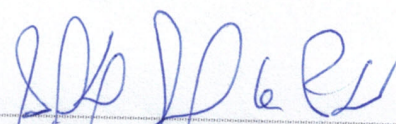
Nome Envolvido	Envolvimentos
Sildomar Guimaraes de Pinho	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

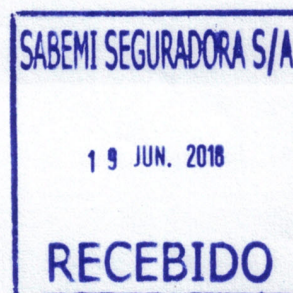
O comunicante **SILDOMAR GUIMARAES DE PINHO**, CNH 00178623695, relata que na data, hora e endereço acima descrito, conduzia a motocicleta supracitada, de propriedade de MARIA DAS GRACAS C DOS SANTOS, da qual é possuidor, trafegava sentido Manaus/Boa Vista, quando veio a colidir com um carro que atravessou a pista; QUE o comunicante foi levado ao Hospital de Rorainópolis por terceiros; QUE em decorrência do acidente o comunicante teve FRATURA DE MANDÍBULA; QUE o suposto infrator prestou socorro à vítima, mas o mesmo não lembra o nome; QUE **NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE**; QUE o motivo do BO é para fins de requerimento do **SEGURO DPVAT**. É o relato.

ASSINATURAS


Maria Selma Melo de Almeida
Agente de Polícia Civil
Mat. 042000213
Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento


Sildomar Guimaraes de Pinho
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA **SUS:**
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

01 DADOS DO (A) PACIENTE:		DATA DE ATENDIMENTO =>		DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE REGISTRO
Nome: <i>Silvana Guimaraes de Pinho</i>		28/01		2017	9	:30		
SEXO: M (X) / F ()		DATA NASC		Dia	Mês	Ano	Idade:	Documento de Identificação
		13/04		1962				1537796-2
End: Rua / Avenida		Nº		Complemento:				
Bairro: <i>Transito</i>		Município: <i>RR</i>		Estado (UF): <i>RR</i>		Telefone:		
FILIAÇÃO		PAI		<i>Silvana Sousa de Pinho</i>				
		MÃE		<i>Rilma Guimaraes de Pinho</i>				
02 DO ACIDENTE:								
☐ RESIDÊNCIA ☐ VIA PÚBLICA ☐ TRABALHO ☐ TRÂNSITO ☐ OUTROS (DESCREVER)								
03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA:								
☐ TRANSPORTADO ☐ DE AMBULÂNCIA ☐ REMOVIDO ☐ OUTROS (DESCREVER)								
04 TIPO DE ACIDENTE:								
☐ TRAUMÁTICO ☐ QUEIMADURA ☐ ENVENENAMENTO ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ OUTROS (DESCREVER)								
Outros (descrever)								
TEMP:		PESO / Kg:		P.A. 130 X 80		m.m.H.g.		
05 SE ACIDENTE DO TRABALHO ESPECIFICAR:								
PROFISSÃO		OBSERVAÇÕES						
DIA	MÊS	ANO	HORA					
28	01	2017	9:30					
06 DOENÇA OCUPACIONAL:								
☐ SIM ☐ NÃO ☐ QUAL (ESPECIFICAR)								
07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:								
ESPECIALIDADE:								
RESUMO CLÍNICO: <i>Paciente foi vítima de um acidente, chegou na emergência consciente, orientado, pupilas reagentes, exame físico: único, sem defeito aparente, sem estabilização, sem tratamento médico e ventilatório.</i>								
EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):								
RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):								
DIAGNÓSTICO: <i>Exatino. Lesão na nan tubula</i>								
PROVÁVEL: <i>Traumatiza So</i>								
DEFINITIVO: <i>05.370.016/0001-00</i>								
HOSPITAL REGIONAL SUL								
GOVERNADOR OTTIMAR DE SOUSA PINTO								
Br. 174 - Km 468								
CEP: 69.370-970								
RORAINÓPOLIS - RR								
08 DO (A) PACIENTE:								
REMOVIDO (A) PARA		<i>air</i>						
INTERNADO NO (A)								
☐ ALTA ☐ RESIDÊNCIA COM INSTRUMENTAÇÃO ☐ SE AFASTADO POR ACIDENTE DO TRABALHO, QUANTOS DIAS?								
DATA		RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO (A) PACIENTE			CARIMBO E ASSINATURA			
DIA	MÊS	ANO						

SABEMI SEGURADORA S/A
OBSERVAÇÕES
19 JUN. 2018
RECEBIDO

Intico

- ① SF 0.9% 1000mL EV a 30g/minuto.
- ② Traumaf 100mg EV de imediato com ^{bulking} 30/50
 900mL SF a 30g/minuto.
- ③ Rx mandibular
 Rx maxilar
 Rx letura PA
 Rx pelve e fêmur

HORA	T	P	R	PA
12:00	36°C		20	140/18

20/01/2019
 10:35

Paciente apresenta fratura
 da asa esquerda da mandíbula
 e perda dos incisivos superiores.
 Continua com estabilidade hemodinâmica e respiratória. Explicou a
 necessidade de ficar em unidades
 médias e ser encaminhado a boa
 vista, mas ele recusou e disse que
 vai para Manaus.

Dr. Eduardo B. Garcia Nogueira
 Médico
 CRM-RR 1843

Confere
 com original

Dr. Eduardo B. Garcia Nogueira
 Médico
 CRM-RR 1843

05.370.016/0001-00
 HOSPITAL REGIONAL SUL
 GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
 Br 174 - Km 468
 CEP: 69.370-970
 RORAINÓPOLIS - RR

SABEMI SEGURADORA S/A
 19 JUN. 2018
 RECEBIDO



SERVIÇO: CIRURGIAS EM GERAL DA FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE



Termo de Consentimento Informado para Procedimento Cirúrgico e Gratuidade

O presente termo de consentimento tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, bem como a gratuidade do serviço prestado, tais como: consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Desta forma, confirmo que as informações prestadas pelo meu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços da Fundação Hospital Adriano Jorge estão em conformidade com a gratuidade do SUS (sem ônus de cobrança para o paciente), e de acordo com o procedimento proposto.

Nome do Paciente: **SILDOMAR GUIMARÃES DE PINHO**

RG: **1537796-2**

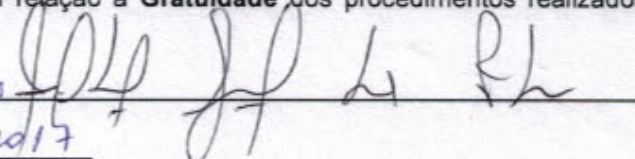
Procedimento: **REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE MANDÍBULA BILATERAL**

Nome do Cirurgião: **DR. FLÁVIO FAYAD**

C.R.M/ C.R.O: **2862**

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico escrito acima.
2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
3. As avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
4. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
5. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, poderá ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
6. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas anestésicas.
7. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevisíveis que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
8. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
9. Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto e reitero que não houve nenhum tipo de cobrança monetária para a realização deste procedimento.

Qualquer reclamação ou questionamento em relação à **Gratuidade** dos procedimentos realizados nesta FHAJ, procurem o setor de **Ouvidoria**.

Assinatura do paciente e/ou responsável: 

Manaus, 24 de AGOSTO de 2017

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Assinatura do cirurgião: _____

SINISTRO 3180280690 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA SILDOMAR GUIMARAES DE PINHO****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE****INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Boa Vista-RR****BENEFICIÁRIO SILDOMAR GUIMARAES DE PINHO****CPF/CNPJ: 12986801234****Posição em 03-01-2019 11:12:04**

Seu pedido de indenização foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
23/12/2018	Negativa por ausência de comprovação documental	
26/06/2018	Aviso de Sinistro	
26/06/2018	Exigência Documental	

