



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 3178

Dr. John Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza
OAB/RR 3408

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Gildemar Da Silva Silveira brasileiro(a),
Estado civil: Desempregado, Profissão: Desempregado,
portador(a) da Cédula de Identidade RG 303418-6 SSP/RR e inscrito(a) na
CPF/MF nº 003.890.552-39, residente Av: Abraão Falcão, nº 168,
Bairro: Jardim Tropical, no município Boa Vista /RR, telefone:
9165-4532/99162-4408, E-mail: _____
vêm através de seu advogado in fine assinado, com escritório profissional na
Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa Vista - Roraima, por este instrumento
particular nomeia e constitui seus procuradores.

OUTORGADOS: SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional
situado na Rua General Penha Brasil 102 Bairro Centro, Boa Vista-RR,
representada por seu socio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº
3178, Dra. PAULA RAFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 3408 e Dr. JOHON-EMERSON DE
SOUZA CAMILO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº
1.376, a quem confere amplos poderes:

PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Foro em Geral com a
cláusula *ad judicium et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou
oponente, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e
promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme
estabelecido no artigo 105 do CPC/2015, bem como propor ações, produzir
provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar
compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer,
apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e
receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada,
receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação,
entim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários
para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom,
firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro
Obrigatório DPVAT.

Boa Vista - /RR 15, de Abud de 20 19.

Gildemar da S. Silveira

Outorgante

CPF/RG nº

Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 117 0

Paulo Sérgio de Souza
Advocacia & consultoria

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: Gildemar Da Silva Silveira, estado
civil solteiro, RG nº 303418-6, e CPF nº
003.890.552-39, residente e domiciliada à
AV: Albino Felix Lima, nº 168, lote 343, Q: 799 Bairro:
Jardim Tropical, Cidade Boa Vista
Roraima, telefone (95) 99165-4532 / 99162-4408.

DECLARO para os devidos fins de direito e a quem interessar possa
que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com
eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da lei
1.060/50. Por ser a mais lúdima expressão da verdade, firmo a presente
declaração.

Boa Vista RR, 15 de Maio de 2019.

Villemar da S. Zuhura

DECLARANTE

Rua: General Penha Brasil, 102 - Centro - Boa Vista - RR
Fones: (95) 99151 0939 / 00130 0860 / 3624 4013

1

Exclusivo Distribuição Rotativa
Av. Capitão Eva Galvão 681 - Centro - Boa Vista - RR
FONE (065) 222.0001 - FAX (065) 222.0002

RELATORIO DE OCORRENCIA POLICIAL

192.168.000.10

Vir: SUC: Data: S/Setor: H/Transm: H/ini: CH/h: H/Fin: 10:35

Cod. Or: Cod. Prov: Cod. Ser. Prest: Km/ini: Km/Fin: 21.800

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Bairro: Ref:

PESSOAS RELACIONADAS

Nº	Nome	Idade	E. Civil	Profissão	CNH	Endereço	Ed. RG
1	CSA DIANA ROLIM						
2	da Silva, Silvana						
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

ARMAS, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS, APREENDIDOS

CONFERE COM O ORIGINAL
Em 23/12/14
SGT PM Vilson

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (S) ACIMA ANOTADOS

ASSINATURA: Senhor

ASSINATURA: 402750

ASSINATURA: 2º SGT

ASSINATURA: CAPTUR

TOT*000*89T*26T



POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"
Delegacia de Acidente de Trânsito

Boletim de Ocorrência nº 38103 E / 2014

Registrado em 29/12/2014 às 12:16 horas

Dados Gerais

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

DATA DO FATO: 2/11/2014 - HORA FATO: 08:39

LOCAL DO FATO: Av Princesa Isabel

BAIRRO: Burtis

Parte

NOME: Gildomar da Silva Silveira

PAI: José Rodrigues Silveira

MÃE: Raimunda Mendes da Silva

SEXO: Masculino - EST. CIVIL: Solteiro - DT NASC: 29/10/1989 IDADE: 25 anos

NATURAL DE: Paulo Ramos - UF: MA

DOCIDENT.: 303418-6 - ÓRGÃO EXP: SESP/Polícia Civil/RR

END. RES.: Rua CJ 2, 509 - BAIRRO: Joquei Clube

MUNICÍPIO: Boa Vista/RR

END. COM.: Supermercado S. Jorge - BAIRRO: União

MUNICÍPIO: Boa Vista/RR

Celular: 95 9141-9749

Parte

NOME: Thaís da Silva Nogueira

SEXO: Masculino -

- UF: RR

END. RES.: Rua Flamboyant, 447 - BAIRRO: Jardim Primavera

MUNICÍPIO: Boa Vista/RR

Comunicante

NOME: GILVANE DA SILVA SILVEIRA

PAI: JOSÉ RODRIGUES SILVEIRA

MÃE: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

SEXO: Feminino - EST. CIVIL: Solteiro - DT NASC: 06/12/1982 IDADE: 32 anos

NATURAL DE: PAULO RAMOS - UF: MA - PROFISSÃO: AGENTE DE ENDEMIAS

DOCIDENT.: 272479 - ÓRGÃO EXP: SESP/Polícia Civil/RR

END. RES.: Rua CJ 2, 509 - BAIRRO: Joquei Clube

MUNICÍPIO: Boa Vista/RR

Celular: 95 9162-4408

Histórico

A comunicante vem relatar que na data e hora supramencionadas seu irmão GILDOMAR envolveu-se em acidente de trânsito quando conduzia sua bicicleta pela Av. Bandeirantes e foi atropelado pelo condutor da motocicleta Titan (veículo não especificado no ROP PM 077295 série J) que seguia pela Av. Princesa Isabel sentido Av. Venezuela. Que tal colisão veio a causar lesões corporais graves em seu irmão, que encontra-se internado até a data de hoje no Hospital Geral de Roraima. É o relato.

Requisições expedidas

Requisições IML: Não

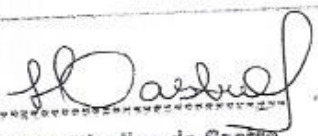
Instituto de Criminalística: Não

Instituto de Identificação: Não

Edson Cardoso de Sousa Filho
Delegado de Polícia Civil
Mat.: 43002907

OBJET - Gestor de Boletins de Ocorrência
101*000*891*261

http://172.14.1.211:8080/bo-net-rr/impressaoRelatorio/impressaoBo...


Ivone de Fatima Nicolino de Castro
Agente de Polícia B
042000961

192.168.000.101



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE
Hospital Geral de Roraima/SAME
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

DECLARAÇÃO:

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que o Sr: **GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA**, deu entrada no **PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO - GRANDE TRAUMA**, no dia **02/11/15**, às **09 horas e 08 min**, motivo do atendimento: **OUTROS**, recebeu os cuidados da equipe de plantão, CONFORME O REGISTRO DE ATENDIMENTO nº **1400330173**, ANEXO.

Boa Vista-RR 20 de fevereiro de 2015.


Gerson Castro
Gerente SAME/HGR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/n.º Bairro Novo Planalto – Cep.: 69360-000
mail: hosphgr@yaibest.com.br

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1400330173

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

<http://10.102.5.252:8888/IS4/is4/0B48700F-A243-40FD-9D6E-D552B63EC946.html>

TOT*000*99T*Z6T

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			
<i>MR</i>							
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTO ATENDIMENTO			
<i>Edson de Silva Silveira</i>				<i>87517</i>			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
<i>89181004526284663</i>				<i>30/07/93</i>			
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO			
<i>Barbara Mendes da Silva</i>				<i>915 91211</i>			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
<i>Rua Lúcia, 545 - Santa Tereza</i>				<i>BRASÍLIA</i>			
14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO				15 - UF			
<i>61000</i>				<i>DF</i>			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
<i>Paciente com histórico de TCE há 11 dias, apresentando quadro de dor abdominal, hematuria e vômito, vindo ao PA a procura de atendimento, para ser avaliado e tratado.</i>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
<i>TCE - ferimento abdominal.</i>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
<i>HOSPITAL GERAL DE BRASÍLIA Av. Eng. Eduardo Gama nº 1 Novo Planalto - DF - 71200-000 FEV 2019 Ass: <i>[Assinatura]</i></i>							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO							
<i>TCE</i>							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
<i>INTERNAÇÃO NO HOSPITAL</i>							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
<i>01</i>							
26 - CLÍNICA							
<i>01</i>							
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
<i>01</i>							
28 - DOCUMENTO							
<i>01</i>							
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
<i>53331511111</i>							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
<i>JOÃO CARLOS MORAES BILALDI</i>							
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
<i>30/07/2019</i>							
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							
<i>[Assinatura]</i>							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO							
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO							
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO							
36 - CNPJ DA SEGURADORA							
37 - Nº DO REGISTRO							
38 - Nº DO REGISTRO							
39 - CNPJ EMPRESA							
40 - CNAE DA EMPRESA							
41 - Nº DO REGISTRO							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURO							
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR							
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO (00001-99999)							
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
<i>01</i>							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
<i>30/07/2019</i>							
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							
<i>[Assinatura]</i>							

AO MÉDICA DIÁRIA

FOR: HRSB - GT

LA: VERMELHO

LEITO: 001

PACIENTE: Gildomar da Silva Silveira

HD: TCE + Atendimento		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	SINAIS VITAIS			
13/11/2014	1. Dieta oral branda assistida		06h	12h	18h	24h
13/11	2. AVP					
	3. SF 0,9% 2000ml EV em 24h					
D0	4. Pipetazo 4,5mg EV 6/6h					
	5. Dipirona 1g EV 6/6h					
	6. Plasil 10 mg EV 8/8h					
	7. Omeprazol 40mg EV 1X/dia					
	8. Dexametasona 10mg EV 12/12h					
	9. GLICEMIA CAPILAR 6/6h	TABELA AO LADO				
	10. Cabeceira Elevada 45°					
	11. O2 úmido sob CN 3L/min - SN					
	12. Observação Neurológica					
	13. Passar SVD					
	14. Cuidados Intensivos					
	15.					

ESQUEMA DE INSULINA

0-200: 0U 281-320: 06U

201-240: 02U 321-360: 08U

241-280: 04U > 361: 10U

Se glicemia > 400mg/dl, avisar plantonista.

Glicose Hipertônica 50 % 40 ml IV, se Dextro < 70 mg/dl

Julio C. Romão
MÉDICO
CRM-PR 1575

Apresentando exames laboratoriais

o/ Ludwig de R.

18h - exame agudo lha
Pl verificação SSV
+ 7.6

UNIDADE/SETOR: HEB		ÁREA:		REGISTRO		
NOME DO PACIENTE: GILBERTO ASSIS SILVA		00				
HD: TCE + meningite traumática?						
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
			SINAIS VITAIS			
14/11/2014	1. Dieta oral branda assistida	5h00	06h	12h	18h	24h
	2. AVP	curativo				
	3. SF 0,9% 1500ml EV em 24h	14h 20' de				
	4. Tazocin 4,5mg EV 6/6h (início 14/11)	14h 20' de				
	5. Dipirona 1g EV 6/6h SOS	14h 20' de				
	6. Plasil 10 mg EV 8/8h	14h 20' de				
	7. Omeprazol 40mg EV 1X/dia	14h 20' de				
	8. Dexametasona 4 mg EV 6/6h	14h 20' de				
	9. GLICEMIA CAPILAR 8/8h	TABELA AO LADO				
	10. Cabeceira Elevada 45°					
	11. O2 úmido sob CN 3L/min - SN					
	12. Observação Neurológica					
	13. Cuidados Intensivos					
	14.					
	15.					

Paciente com melhora da consciência e melhora do quadro neurológico. Refere-se, nomeando a unidade. Já com mais de 14 dias de internação em UTI. (não foi colado o laudo no sistema).

AN: RNC - DAA SUC - sem necessidade de suporte ventilatório. AN: Exame de CS - Suporte ventilatório. + Exame de CS - Suporte ventilatório.

Glicose Hipertônica 50 % 40 ml IV, se Dextro < 70 mg/dl

ESQUEMA DE INSULINA
0-200: 0U 281-320: 06U
201-240: 02U 321-360: 08U
241-280: 04U > 361: 10U
Se glicemia > 400mg/dl, avisar plantonista.

14h
12h
10h
8h
6h
4h
2h
0h

RECICLAÇÃO MÉDICA DIÁRIA

SECTOR: HRSB - GT

NOME DO PACIENTE: Gilomar da Silva Silveira

ÁREA: *PM*
Verde

LEITO: *2*

HD: TCE + meningite traumática ?

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
			SINAIS VITAIS				
15/11/2014	1. Dieta oral branda assistida	<i>SUC</i>	06h	12h	18h	24h	
	2. AVP	<i>avancado</i>					
	3. SF 0,9% 1500ml EV em 24h	<i>500</i>					
	4. Tazocin 4,5mg EV 6/6h (início 14/11)	<i>500</i>					
D2	5. Dipirona 1g EV 6/6h SOS	<i>500</i>					
	6. Plasil 10 mg EV 8/8h	<i>500</i>					
	7. Omeprazol 40mg EV 1X/dia	<i>500</i>					
	8. Dexametasona 14 mg EV 6/6h	<i>500</i>					
	9. GLICEMIA CAPILAR 8/8h	<i>TABELA AO LADO</i>					
	10. Cabeceira Elevada 45°	<i>500</i>					
	11. O2 úmido sob CN 3L/min - SN	<i>500</i>					
	12. Observação Neurológica						
	13. Cuidados Intensivos						
	14.						
15.							

Glicose Hipertônica 50 % 40 ml IV, se
Dextro < 70 mg/dl

ESQUEMA DE INSULINA

0-200: 0U
201-240: 02U
241-280: 04U
Se glicemia > 400mg/dl, avisar plantonista.

Pte. de quadro clínico de meningite traumática, com sinais de irritação meníngea, mantendo-se em observação.

PM - 10/11/2014

casual.

11/11

PRESCRIÇÃO

ÁREA

FEITO

REGISTRO

NOME DO PACIENTE: GILBERTO DA SILVA SILVEIRA

HD: TCE + meningite traumática ?

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
			SINAIS VITAIS				
16/11/2014	1. Dieta oral branda assistida	11h	06h	12h	18h	24h	
	2. AVP	11h	FC	58	58		
	3. SF 0,9% 1500ml EV em 24h	11h	FR				
	4. Tazocin 4,5mg EV 6/6h (início 14/11)	11h	Tax				
	5. Dipirona 1g EV 6/6h SOS	11h	Diurese	2000ml			
	6. Plasil 10 mg EV 8/8h	11h			243		
	7. Omeprazol 40mg EV 1X/dia	11h					
	8. Dexametasona 14 mg EV 6/6h	11h					
	9. GLICEMIA CAPILAR 8/8h	TABELA AO LADO					
	10. Cabeceira Elevada 45°						
	11. O2 úmido sob CN 3L/min - SN						
	12. Observação Neurológica						
	13. Cuidados Intensivos						
	14.						
	15.						

Atividade SVT.

CRM 10284
Médico
16/28

ESQUEMA DE INSULINA

0-200: 0U
201-320: 06U
321-360: 08U
241-280: 04U
281-360: 10U

Se glicemia > 400mg/dl avisar plantão

Glicose Hipertônica 50 % 40 ml IV, se Dextro < 70 mg/dl

Glicose Hipertônica 50 % 40 ml IV, se Dextro < 70 mg/dl

ESQUEMA DE INSULINA
0-200: 0U
201-240: 02U
241-280: 04U
Se glicemia > 400mg/dl avisar plantão.

Admitir o paciente em observação de 72 horas em unidade de observação. Se não houver melhora, transferir para unidade de observação. Se não houver melhora, transferir para unidade de observação. Se não houver melhora, transferir para unidade de observação.

RESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

DE/SETOR: HRSB - GT

NOME DO PACIENTE: Gildomar da Silva Silveira

ARFA: Verde

LEITO:

PRO

HD: TCE + meningite traumática ?

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
			SINAIS VITAIS			
17/11/2014	1. Dieta oral branda assistida	SND		06h	12h	18h
	2. AVP		FC			
	3. SF 0,9% 1500ml EV em 24h		FR			
	4. Tazocin 4,5mg EV 6/6h (início 14/11)		Tax			
	5. Dipirona 1g EV 6/6h SOS		Diurese			
	6. Plasil 10 mg EV 8/8h					
	7. Omeprazol 40mg EV 1X/dia					
	8. Dexametasona 14 mg EV 6/6h					
	9. GLICEMIA CAPILAR 8/8h					
	10. Cabeceira Elevada 45°					
	11. O2 úmido sob CN 3L/min - SN	Alim esp	ESQUEMA DE INSULINA 0-200: 0U 281-320: 06U 201-240: 02U 321-360: 08U 241-280: 04U > 361: 10U Se glicemia > 400mg/dl, avisar plantonista. Glicose Hipertônica 50 % 40 ml IV, se Dextro < 70 mg/dl			
	12. Observação Neurológica					
	13. Cuidados Intensivos					
	14.					
	15.					

20:35 PH JCC x 8-3000ml/h
FC 58 bpm

192.168.000.101

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Área Verde
AT

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA

Eu, Giuliano da Silva Silveira CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Medicamentosa(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as prestações pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima. Declaro que:

1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras, quais não concordasse.

Boa Vista, 14 de Novembro de 20 16

Assinatura do paciente: Giuliano da Silva Silveira

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome: _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes
Novo Pioneiro

FEV 2015

Certifico que esta é uma
Cópia e Fiel Reprodução do original
que foi Apresentado neste Hospital
Ass: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, 14 de Novembro de 20 16. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Mércio Freire
Mércio
CRM-RR 163

TOT*000*89T*26T



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE
RETAGUARDA

DATA: 17/11/14
PACIENTE: Cel. Domam da Silva Silveira DN: 30/07/90
DIAGNOSTICO(S): TCE + Meningite pós-traumática

DIH: 13/11/14 KANBAM: _____ Dieta: ora/ man do am 5h 40

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____
Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____
HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____
CULTURAS(/ /): _____

IMAGEM: _____

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____
Cl: _____ HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____
IMAGEM: _____

EXAMES/PROCEDIEMTOS AGENDADOS: _____

TERAPIA INSTITUIDA: _____

ATB

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente encaminhado ao DAA
quadro de trauma fechado no abd. e que
depois de 12 dias de internação no
hospital, evoluiu para TCE e
meningite pós-traumática.
Em 13/11/14, após avaliação
clínica e exames de imagem,
foi encaminhado para o Hospital
de Retaguarda para tratamento
com ATB e suporte de
vida.
Boa Vista, 17 de Novembro de 2014. Hora: _____

CRM /

Assinatura/carimbo do Medico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda

Mário Freire
Médico
CRM-RR 1412

CRM /

Acompanhe o processo de indenização - Seguro DPVAT - O seguro do trânsito - Mozilla Firefox

Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

Excel Dpvt... Acompanhe o proces... Ptoev DPVAT | Busc... Object reference not s... Outlook.com - fabiaka...

dpvatsegurodotransito.com.br https://www.dpvatsegurodotransito.com.br/consu ☆ Google

SINISTRO 3150428939 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MBM SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA
CPF/CNPJ: 00389055239

Posição em 23-02-2016 12:19:29
Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
15/10/2015	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

Mapa do Site Dicionário do DPVAT Imprensa Outros serviços Blog Viver Se

Iniciar PT



NOME: GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA		29/10/1989 NASCIMENTO	
LOC. DE NASC:	BARRA DO GORDA - MA		
FILIAÇÃO:	JOSÉ RODRIGUES SILVEIRA RAIMUNDA MENDES DA SILVA		
DOC. APRESENTADO:	R.G. 303418-6 SESP RR		
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO		
LEI Nº 045, DE 18 DE MAIO DE 1995			
RG:	303418-6	CPF:	003.890.562-39
T. ELEITOR:	003857092631	SEÇÃO	0095
		ZONA	003
LOCAL DA EMISSÃO	DRT/RR	Roberto	
EMIÇÃO	08/01/2008	D. 10000	
ASSINATURA EMISSOR			
BRASILEIRO			
NOME			
NASCIMENTO			
LOCAL DE NASCIMENTO			
FILIAÇÃO			
DOCUMENTO			
ESTADO CIVIL			
LEI Nº 045, DE 18 DE MAIO DE 1995			
RG			
CPF			
T. ELEITOR			
SEÇÃO			
ZONA			
LOCAL DA EMISSÃO			
EMIÇÃO			
ASSINATURA EMISSOR			
BRASILEIRO			

CONTRATO DE TRABALHO	
02.650.810/0001-66	
Panificadora Delicias do Tigo Ltda-ME	
Rua Sardinha Nº 433 - Santa Teresina	
CEP 69314-117	
Boa Vista - RR	
CNPJ 02.650.810-05	
Data de contratação 01/08/2014	
Valor da contratação R\$ 1.200,00 (um mil e duzentos reais)	
Assinado por José Maria Pereira	
Cargo Administrativo	
Data de assinatura 01/08/2014	
Assinado por José Maria Pereira	
Cargo Administrativo	

CONTRATO DE TRABALHO	
01.680.098/0001-11	
M. DA SILVA AQUINO - ME	
CPF: 24.006965-5	
R. Carlos Peres de Melo, 2510 - Casa	
CEP: 68.313-600	
Boa Vista - RR	
CNPJ 01.680.098-25	
Data de contratação 11/08/2014	
Valor da contratação R\$ 1.400,00 (um mil e quatrocentos reais)	
Assinado por José Maria Pereira	
Cargo Administrativo	
Data de assinatura 11/08/2014	
Assinado por José Maria Pereira	
Cargo Administrativo	