

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/10/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 08121-3

CONTA: 000010002997-3

Nr. da Autenticação E7ED0BBFDC0ADE7B

Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2015

Carta n°: 8037306

A/C: GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA

Sinistro: 3150428939
Vitima: GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA
Data Acidente: 02/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000008121-3

Conta: 000010002997-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

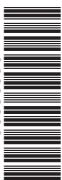
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3150428939 - 1

Nome do(a) Examinado(a): GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA CJ 2 nº 509 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA/RR

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 3034186 - SSP

Data local do exame: 31/08/2015 BOA VISTA/RR

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TCE COM EDEMA CEREBRAL + ABSCESSO CEREBRAL + MASTOIDOPATIA A ESQUERDA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**TRATADO CONSERVADORAMENTE COM CARBAMAZEPINA
ALTA MÉDICA DEFINITIVA**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

CEFALEIA, TONTURA , LAPSO DE MEMORIA, AMNESIA RETROGRADA ,FAZ USO DE MEDICACAO CONTINUA (CARBAMAZEPINA),

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*):

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

SNC

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

RR - BOA VISTA, 31/08/2015

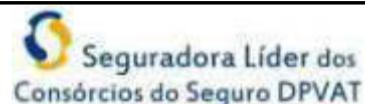
Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM



Julio Cesar F. de Queiroz
Médico
CRM: 2678/AM

Assinatura do perito Examinador - CRM

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150428939 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA **Data do acidente:** 02/11/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE COM EDEMA CEREBRAL + ABSCESSO CEREBRAL + MASTOIDOPATIA A ESQUERDA

Descrição do exame CEFALEIA, TONTURA , LAPSO DE MEMORIA, AMNESIA RETROGRADA ,FAZ USO DE MEDICACAO CONTINUA
médico pericial: (CARBAMAZEPINA),

Resultados terapêuticos: TRATADO CONSERVADORAMENTE COM CARBAMAZEPINA
ALTA MÉDICA DEFINITIVA

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/08/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ

CRM do médico: 2678/AM

UF do CRM do médico: AM

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

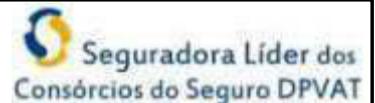
Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150428939 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA **Data do acidente:** 02/11/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/06/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE DOCUMENTAÇÃO DA DATA DO SINISTRO 2/11

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: BOLETIM DE ATENDIMENTO MEDICO HOSPITALAR DESCREVENDO O TRAUMA COM TRATAMENTO REALIZADO E RELACIONANDO AO ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Gildomar da Silva SilveiraPORTADOR(A) DO RG Nº 303418-6EXPEDIDO POR CT PS DRT IRR EM 08/03/108 ECPF 003890552-39 /CNPJ 00000000-0000-000, PROFISSÃO revisor

E RENDA MENSAL DE R\$ Revisor (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O mesmo AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorida escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

M 8 M

SEGURADORA

15 MAI 2015

SINISTRO DPVAT

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 8121-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 2702-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Boa Vista, R^a de Abril de 2015

LOCAL E DATA

x gildomar da Silva Silveira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

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

Documentació mèdica Hospitalat



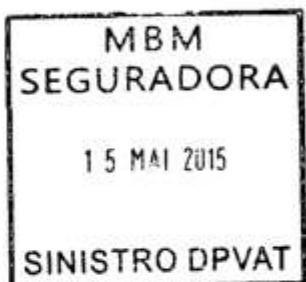
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE
Hospital Geral de Roraima/SAME
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

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**, **ANXO.**

Boa Vista-RR 20 de fevereiro de 2015.


Gerson Castro
Gerente SAME/HGR



13/11/2014

... Guia de Atendimento 02 ...

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

OK

1400334979	13/11/2014 09:22:33	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA		MANHA 07-13	14
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA		30/07/1990	24 A 3 M 14 D		00389055239	8751		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDAD	3034186	SSP/RR	07/07/2003	M	CASADO(A)	PARDA	BARRA DO CORDA - MA	
Mae				Pai			Contatos	
RAIMUNDA MENDES DASILVA				JOSE RODRIGUES SILVEIRA			(95) 9116-0098	
Endereço	RUA - JUNDIA - 545 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Press.		
OUTROS	URGÊNCIA							
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			Registrado por		
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA					ROSIVAL B		

Queixa Principal: Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita

Anamnese de Enfermagem: GSC
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
Respiração contínua com febre - febre ao PAF 12, c
afetiva

Exame Físico:
Respiratório: Respiro lento (14, 11/dia) de FCR (SAC)
reli, oftálmico, discutível; exames, a -

Hipótese Diagnóstica:
TCE (?)

SADT - Exames Complementares:
 RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO	Hospital Geral de Roraima	APRAZAMENTO	OBSERVATÓRIOS
① AVP	SAME/HGR ENTREGUE	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Góes s/n Novo Prédio H.G.R. 701 702 703 704	
② Unidade de Saúde de Assunção			
③ Indrogelam Sangue (x) - Fazer O, Sa!		FEV 2015	Cert. Cópia é Para Reprodução do Ofício NÃO FAZ AUTENTICO

Conduta:
 Alta por Decisão Médica Ambulatório
 Alta a Pedido Observação (Até 24h)
 Alta a Revisão Internação
 Transferência para: Data/Hora da Saída/Alta: / / / / / /

Óbito:
Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IMI / Autonomia Patológica / / /

Assinatura do Paciente ou Responsável:
Carimbo e Assinatura do Médico:

Impresso por: rosival.braz
Data Hora: 13/11/2014 09:24:45

Realizado acolhimento e encerramento

Carimbo: 

Irene Vende
ATTERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDAEu, Gildean da Silveira CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas 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 retransferencia 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 médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

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

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

Boa Vista, 14 de Novembro de 20 14Assinatura do paciente Gildean da Silveira

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome: _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Góes, 1111
Novo HorizonteFEMBM
SEGURADORACertifico
Cópia é Fiel Reprodução da
que foi apresentado nesse Hospital
Ass.: _____benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente
responsável entendeu o que expliquei.

SINISTRO DPVAT

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Marcelo Freire
Médico
CRM-RN-163



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 17/11/14
 PACIENTE: (est) demanda da Sílvia Silveira DN: 301024 90
 DIAGNOSTICO(S): TCE + meningite pós traumática

DIH: 13/11/14 KANBAM: _____ Dieta: ora/ man do amst/ fe

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA 1/1/14): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
 Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____
 Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____
 HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
 EAS: _____
 CULTURAS (/ /): _____

IMAGEM: _____

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA 1/1/14): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
 Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____
 Cl: _____ HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
 EAS: _____
 IMAGEM: _____

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brig. Eduardo Gómez s/n
 Novo Parnamá - RR - 69000-000

FEV 2015

Certifico que o paciente
 Cópia é Fiel Reprodução do Documento
 que foi apresentado neste Hospital
 Ass: _____

TERAPIA INSTITUIDA:

ATB

Evolução Clínica:
Paciente evoluindo ao PAAI
quedou de leito com piora da fala e
de humor a ponto de TCE na SEGURO DOR
ante o intubado
extreco 13/11/14 apresentou-se agitado
desorientado e eupnico, sem reflexos
comido, rindo e falando pelo intercâmbio que
ante o caso hipotense no TAC (intubado E)
com auxílio de suporte ventilatório
Boa Vista, 14 de Novembro de 2014. Hora: _____

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Medico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda

Márcio Freire
 Médico
 CRM-RR 1613

CRM _____ / _____



Documentação médica hospitalar
000067

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
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**, ANXO.

Boa Vista-RR 20 de fevereiro de 2015.


Gerson Castro
Gerente SAME/HGR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/nº Bairro Novo Planalto – Cep 69000-000
mail: hospogr@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**

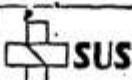
Impressão 3D de escala castro

Carimbo e Assinatura do Médico

The logo for MBM Seguradora. It features the letters 'MBM' at the top, 'co' to the left, and 'SEGURADORA' below it. A barcode is positioned to the right of the text. Below the logo, the number '18 4006-0001 73' is printed. At the bottom, the word 'SINISTRO DPV' is stamped diagonally across the page.

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

1400334979		13/11/2014 09:22:33		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		MANHA 07-13	
Paciente				Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prestador	
GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA				30/07/1990	24 A 3 M 14 D		00389055239	822:	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor		Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDAD	3034186	SSP/RR		07/07/2003	M	CASADO(A)	PARDA	BARRA DO CORDA - MA	
Mãe								Contatos	
RAIMUNDA MENDES DASILVA								(95) 9116-0098	
Endereço									
RUA - JUNDIA - 545 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR									
Class. de Risco	Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	Autorização		Ss Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE								
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pres.	
OUTROS	URGÊNCIA								
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			Registrado p/			
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA					ROSIVALTE			
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita								
Anamnese de Enfermagem	GSC AD: 1234 RV: 12345 MRV: 12345								
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ h)	febre e cefaleia ao falar, ressecamento faringeal, dor óssea, dor abdominal, constipação								
Exame Físico	Auscultação pulmonar (trr 11/dors) abn TCE (?) abn, orelhas, lesões fôlego expiratório, abn								
Hipótese Diagnóstica	TCE (?)								
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAO-X <input type="checkbox"/> ULTRASON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:								
PRESCRIÇÃO		Hospital Geral de Roraima		APRAZAMENTO		OBSERVACAO			
(1) Rx		SAME/HGR		Avaliação: GERAL: URGENTE 1 Ma					
(2) Rx		ENTREGUE		At. Brig. Eduardo Gomes: sim					
(3) Rx		Assinatura		Novo Prazo: 7 dias					
(4) Rx		Assinatura		Fev 2015					
(5) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(6) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(7) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(8) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(9) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(10) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(11) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(12) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(13) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(14) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(15) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(16) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(17) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(18) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(19) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(20) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(21) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(22) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(23) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(24) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(25) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(26) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(27) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(28) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(29) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(30) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(31) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(32) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(33) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(34) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(35) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(36) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(37) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(38) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(39) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(40) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(41) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(42) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(43) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(44) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(45) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(46) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(47) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(48) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(49) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(50) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(51) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(52) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(53) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(54) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(55) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(56) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(57) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(58) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(59) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(60) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(61) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(62) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(63) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(64) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(65) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(66) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(67) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(68) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(69) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(70) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(71) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(72) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(73) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(74) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(75) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(76) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(77) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(78) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(79) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(80) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(81) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(82) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(83) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(84) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(85) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(86) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(87) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(88) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(89) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(90) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(91) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(92) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(93) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(94) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(95) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(96) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(97) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(98) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(99) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(100) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(101) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(102) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(103) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(104) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(105) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(106) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(107) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(108) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(109) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(110) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(111) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(112) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(113) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(114) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(115) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(116) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(117) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(118) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(119) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(120) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(121) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(122) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(123) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(124) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(125) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(126) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(127) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(128) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(129) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(130) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(131) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(132) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(133) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(134) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(135) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(136) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(137) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(138) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(139) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(140) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(141) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(142) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(143) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(144) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(145) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(146) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(147) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(148) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(149) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(150) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(151) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(152) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(153) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(154) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(155) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(156) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(157) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(158) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(159) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(160) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(161) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(162) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(163) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(164) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(165) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(166) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(167) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(168) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(169) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(170) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(171) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(172) Rx		Assinatura		Copia e Rx R. Jardim das Rosas					
(173) Rx		Assinatura		C					



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

NBR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

GILMÉR do Sávio Soárez

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

891810041512612814161613

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Rosângela Gilmér do Sávio

12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Boa Vista, 545 - Santa Terezinha

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BAIXA

6 - N° DO PRF

87517

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

*Kreia Venâncio
AT*

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

Eu, Gilciane 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, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as prestadas 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 retransferencia 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 médica hospitalar necessária estarei sendo transferida para Hospital de Retaguarda;

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

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

Boa Vista, 14 de Novembro de 20 14

Assinatura do paciente: Gilciane da Silva Silveira

Responsável:

1) Assinatura: _____

Marcelo P. Freire

Av. Brig. Edmundo C. da Cunha
Nova Pátria

Nome: _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

FEV 2013

Certifico que o documento

é original e que é da autoria do paciente.

que foi apresentado nos dias

18 AGO. 2015

que é da autoria do paciente.

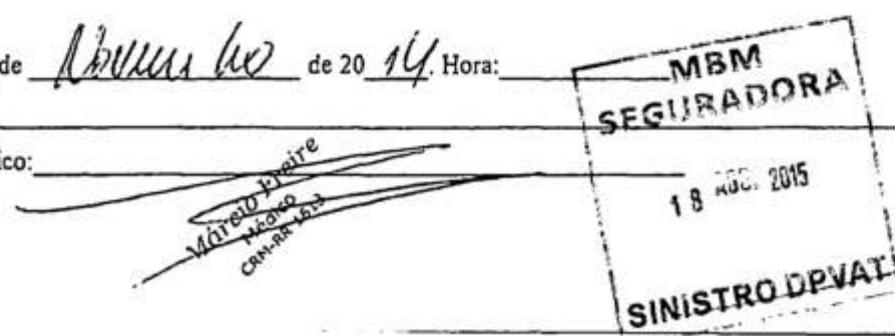
Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirme 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 14. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____



*Marcelo P. Freire
Pátria
Câmara de São Paulo*



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 17/11/14

PACIENTE: (c)it doman da Silveira Silvino DN: 30074 90

DIAGNOSTICO(S): TCE + meningite pós trauma?

DIH: 13/11/14 KANBAM: _____ Dieta: oral plan dia anest se

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA 1/1): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____

Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____

Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____

HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____

EAS:

CULTURAS(1/1): _____

IMAGEM: _____

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA 1/1): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____

Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____

Cl: _____ HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____

EAS:

IMAGEM: _____

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

Av. Brig. Edmundo Correa s/n
Novo Parnamá - CEP 69300-000

FEV 2015

TERAPIA INSTITUIDA:

ATB

Certifico que o paciente
Cópia é Foi Reprodução do original
não foi Administrado no Hospital

Ass:

EVOLUÇÃO CLINICA:

Paciente apresentado ao PNAI
queixas de febre com piora da febre
de 39,5°C, confundido e com histeria
suspeito provisoriamente TCE. No TE 15 dias
diz ter febre tóxica. No TAC não se visualizou
lesões de 13/11/14, abertura V se realizou
desorturto suspeito, lâmina TC de
tronco, mamilos e testículos pelo hemodilatador.
Anatomia clínica na TAC (hemodilatador).
Conduzido para hospital de Retaguarda.

Boa Vista, 17 de Novembro de 2014. Hora: _____

CRM

SEGURO DA SAÚDE

AUG. 2015

CRM

SINISTRO DPVAT

Assinatura/carimbo do Medico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda

Márcio Freire
Médico
CRM-RR 163

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.

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

MINISTÉRIO

Documentos de Identificação
00124
SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPRESA

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS-PASEP

136.92350.27-8

NÚMERO:

3447104

SÉRIE:

002-0

LINHA:

RR

ASSINATURA DO TITULAR

PÔDULAR DIREITO



NOME: GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA

DOC. DE NASC.: BARRA DO CORDA - MA

29/10/1989
NASCIMENTO

FILIAÇÃO: JOSÉ RODRIGUES SILVEIRA

RAIMUNDA MENDES DA SILVA

DOC. APRESENTADO: R.G. 303418-6 SESP RR

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

CEP 64049, DE 18 DE MAIO DE 1995

RG 303418-6

CPF: 003.890.552-39

ELEITOR: 003857092631

SEÇÃO: 0095

ZONA: 003

LOCAL DA EMISSÃO: DRT/RR

EMISSÃO: 08/01/2008

02
BRA
SILEI
QUALIFICAÇÃO CIVIL
SEGURADORA

MBM
15 Mai 2015
SINISTRO DPVAT

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUDANÇA

DATA DE NASC. DE

DOC. N.º

PARA

DOC. N.º

MUD



POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

Boletim de Ocorrência



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: Buritis

Parte

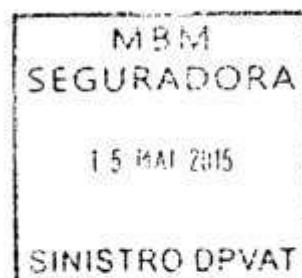
NOME: Gildomar da Silva Silveira
PAI: José Rodrigues Silveira
MÃE: Raimunda Mendes da Silva
SEXO: Masculino - EST. CIVIL: Solteiro - DT NASC: 29/10/1989 IDADE: 25 anos
NATURAL DE: Paulo Ramos - UF: MA
DOC. IDENT.: 303418-6 - ÓRGÃO EXP: SESP/Polícia Civil/RR
END. RES.: Rua Cj 2 , 509 - BAIRRO: Joquel Clube
MUNICÍPIO: Boa Vista/RR
END. COM.: Supermercado S. Jorge - BAIRRO: União
MUNICÍPIO: Boa Vista/RR
Celular: 95 9141-9749

Parte

NOME: Thailes 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: 08/12/1982 IDADE: 32 anos
NATURAL DE: PAULO RAMOS - UF: MA - PROFISSÃO: AGENTE DE ENDEMIAS
DOC. IDENT.: 272479 - ÓRGÃO EXP: SESP/Polícia Civil/RR
END. RES.: Rua Cj 2 , 509 - BAIRRO: Joquel 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.

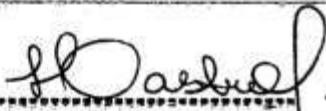
Requisições expedidas

Requisições IML: Não

Instituto de Criminalística: Não

Instituto de Identificação: Não

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



Ivone de Fátima Nicollino de Castro
Agente de Polícia B
042000961



PMRR - BPM

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SERIE J

077295

Vr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/ini	CH/h	H/Fim
105	1712	2011	-	08-39	08-39		1003
Cod. Ofc	Cod. Prov	Cod. Ser. Prest.		Km/ini		Km/Fim	
1001003	1696			112186		11800	

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Av/Rua:	Av. Presidente Wilson	Bairro:	Jardim das Flores	Ref:	077295
1	Nome:	Idade:	E. Civil:		
Endereço:	611589	CNH:	0514015054X	Profissão:	
Ed. RG:					
2	Nome:	Idade:	E. Civil:		
Endereço:	611589	CNH:	0514015054X	Profissão:	
Ed. RG:					
3	Nome:	Idade:	E. Civil:		
Endereço:	611589	CNH:	0514015054X	Profissão:	
Ed. RG:					
4	Nome:	Idade:	E. Civil:		
Endereço:	611589	CNH:	0514015054X	Profissão:	
Ed. RG:					
5	Nome:	Idade:	E. Civil:		
Endereço:	611589	CNH:	0514015054X	Profissão:	
Ed. RG:					
6	Nome:	Idade:	E. Civil:		
Endereço:	611589	CNH:	0514015054X	Profissão:	
Ed. RG:					

ARMAS, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS, APREENDIDOS

Armaduras e Aresta

27/12/14
501 PM Wilson

RECEBI CONDUZINDO(S) MATERIAL(ES) ACIMA ANOTADOS

Nao houve troco ou objetos vendidos

ASSINATURA: Emerson do Santos Paganini

CARGO: ACPC 26

LOCAL: Sede Xadgora

Senhor:

Domingo do N° 10 Informo

que

não

fiz

nada

não

fiz

não

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

Comprobación del declarante
+0005*

Impresso por: gerson.castro
Data Hora: 20/02/2015 10:17:28

Carimbo e Assinatura do Médico

emia Patológica _____ / DE
ura do Médico _____ / DE
**COMPROVANTE DE
ATO DECLARATÓRIO**

