

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 nº: 8037306

A/C: GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA

Sinistro: 3150428939
Vítima: 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 Vitimas 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 complicação.

**TRATADO CONSERVADORAMENTE COM CARBAMAZEPINA
ALTA MÉDICA DEFINITIVA**

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

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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 seqüela 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)

SNC

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 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 médico pericial: CEFALÉIA, TONTURA, LAPSO DE MEMÓRIA, AMNÉSIA RETROGRADA, FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA (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

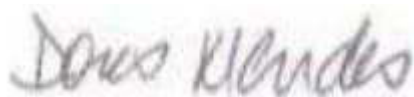
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

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 CRANAINAO

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 DESCRVENDO 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:





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.

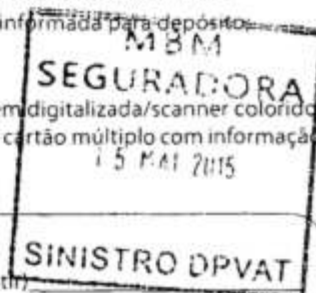
EU, Gildomar da Silva Silveira
PORTADOR(A) DO RG Nº 303418-6 EXPEDIDO POR CTPS DRT/RR EM 08/05/08 E
CPF 003890552-39 /CNPJ _____, PROFISSÃO Recusou
E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O mesmo, AUTORIZO 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 Lotéticas 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 colorido, 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) _____

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) 8121-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 2.702-2

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

Boa Vista, 08 de Abril de 2015 x Gildomar da Silva Silveira
LOCAL E DATA 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.

Documentação médico Hospitalar

bioRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/140402>; this version posted May 11, 2017. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted bioRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under aCC-BY-NC-ND 4.0 International license.



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



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 14

Paciente **GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA** Data Nascimento **30/07/1990** Idade **24 A 3 M 14 D** CNS **00389055239** CPF **00389055239** Prontuário **87517**
Tipo Doc **IDENTIDADE** Documento **3034186** Órgão Emissor **SSP/RR** Data Emissão **07/07/2003** Sexo **M** Estado Civil **CASADO(A)** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade **BARRA DO CORDA - MA**
Mãe **RAIMUNDA MENDES DASILVA** Pai **JOSE RODRIGUES SILVEIRA** Contatos **(95) 9116-0098**
Endereço **RUA - JUNDIA - 545 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR**

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **Validade** Autorização **Sis Prenatal**
Motivo do Atendimento **OUTROS** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedência** Temp. **Peso** Pressão **Registrado por ROSIVAL**
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. **Registrado por ROSIVAL**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita

Anamnese de Enfermagem **GSC**
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 1234

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) **resaca contusa em face, membros superiores**
altos

Exame Físico **trauma no tórax (11 dias) de TCE (SIC)**
rel, agitado, desorientado, ansioso, a s o

Hipótese Diagnóstica **TCE (?)**

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

PRESCRIÇÃO Hospital Geral de Roraima **APRAZAMENTO** **OBSERV**
SAME/HGR
ENTREGUE
Assinatura
FEV 2015
MBM
SEGURADORA
15 MAI 2015
SINISTRO DPVAT

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

Óbito ☐ Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não **Destino:** ☐ Família ☐ IMC ☐ Autopsia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável **Carimbo e Assinatura do Médico**
Neurocirurgião
Realizado atendimento e orientação
Carolina



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - N° DO PROJETO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Recebi o paciente de TCE há 11 dias, história de queda de bicicleta, sem lesões e trauma, vindo ao PA a pedido de Jundiaí, para fazer exame de sangue e outros exames para diagnóstico de TCE.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TCE - Exame clínico.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

TCE

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO REGISTRO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. João Vende
at

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA**

Eu, *Gildomário 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, 19 de Novembro de 20 11

Assinatura do paciente: *Gildomário da Silva Silveira*

Responsável:

1) Assinatura: _____

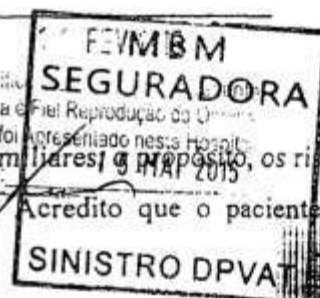
Nome: _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Edmundo Cavalcanti
Novo Planalto



Boa Vista, 19 de Novembro de 20 11 Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Mário Freire
Médico
CRM-RR 1653



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

**RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE
RETAGUARDA**

DATA: 17/11/14
PACIENTE: Getuliano da Silva Silveira DN: 3007 90
DIAGNOSTICO(S): TCE + Meningite pós trauma

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

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: _____

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Degen s/n
Novo Planalto - 69100-000

FEV 2015

TERAPIA INSTITUIDA: _____

ATB

Certifico que este documento
é uma cópia fiel e verdadeira
do original que foi apresentado nesta Hospital.
Ass: _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente encaminhado ao DAA
quadro de trauma complexo por acidente de trânsito
de uma moto. Aferido (grupo 22) e exames
iniciais de TCE com TCE e TCE. Exames
de laboratório e de imagem realizados
em 13/11/14 apresentando-se com quadro de
trauma complexo. Realizado o atendimento de
urgência, sendo admitido pelo neurocirurgião que
avaliou a lesão e indicou a realização de uma
cirurgia de descompressão e estabilização da coluna
cervical. Realizado o atendimento de urgência
e encaminhado para o Hospital de Retaguarda.
Boa Vista, 17 de Novembro de 2014. Hora: _____

Assinatura/carimbo do Medico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda

Mário Freire
Médico
CRM-RR 1613

CRM _____ / _____

CRM _____ / _____



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 69000-000
mail: hospghr@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	02/11/2014 09:08:46	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	4
Paciente	GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA	Data Nascimento	29/10/1988	Idade	26 A 3 M 22 D
CNS	898004526284663	CPF	00389055239	Prontuário	00087517
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	SSP/RR	Data Emissão	07/07/2003
Sexo	M	Estado Civil	CASADO(A)	Raça/Cor	PARDA
Naturalidade	BARRA DO CORDA - MA	Contatos	(95) 9116-0098	Pal	JOSE RODRIGUES SILVEIRA
Mãe	RAIMUNDA MENDES DASILVA	Endereço	RUA - JUNDIA - 545 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR		
Class. de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Caráter do Atendimento	URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência
Temp.	Peso	Pressão	Procedimento Sol.	Registrado por:	CONCEICAO.MESQUITA
Setor	GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	DEMANDA ESPONTANEA		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem	GSC		TOTAL		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Exame Físico					
Hipótese Diagnóstica					
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO - X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:				
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
Conduta					
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:			<input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:		
Óbito					
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica					
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico		
Impresso por: gerson.castro Data Hora: 20/02/2015 10:17:28			MBM SEGURADORA 18-06-2014 SINISTRO DPVAT		

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: GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA Data Nascimento: 30/07/1990 Idade: 24 A 3 M 14 D CNS: CPF: 00389055239

Tipo Doc: Documento: 3034186 Órgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: 07/07/2003 Sexo: M Estado Civil: CASADO(A) Raça/Cor: PARDA Naturalidade: BARRA DO CORDA - MA

Mãe: RAIMUNDA MENDES DASILVA JOSE RODRIGUES SILVEIRA Contatos: (95) 9116-0098

Endereço: RUA - JUNDIA - 545 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Ss Prenatal:

Motivo do Atendimento: OUTROS Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pres:

Sector: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: ROSIVALDO

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Sus

Anamnese de Enfermagem: GSC
AD 1234 RV: 12345 MRV: 12

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h) *febre, tosse, dor no peito, falta de ar, agitação, desorientação, confusão, a...*

Exame Físico: *do tórax, pulmão hiperinflado, rale, agitado, desorientado, confuso, a...*

Hipótese Diagnóstica: *TCE (?)*

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

PRESCRIÇÃO	Hospital Geral de Roraima	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1. <i>...</i>	SAME/HGR		
2. <i>...</i>	ENTREGUE		
3. <i>...</i>			

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

Óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ Morte Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

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

**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

NHE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Guilherme da Silva Silveira

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

89181010141512161218141613

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/12/1993

6 - Nº DO PR

87513

9 - SEAC

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Rosângela Silveira da Silva

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Maria, 545 - Santa Rosa

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BA DISTR

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Recet e ruído de T.E. há 1 dia, início de
episódios de disritmia, síncope e vômito, vindo em
PA o paciente Janderson, quem refere episódios de
dor no abdômen inferior por presença de per*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

T.E. - Exame clínico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

*Av. Eng. Eduardo Carneiro
Novo Planalto*

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

*T.E.***PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

*() CNS**() CPF**51353112141613*

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

JOÃO C. RIBEIRO - Médico B11271

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

05/12/2015

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

*4160***PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO RESGATE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNIE DA EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

*() EMPREGADO**() EMPREGADOR**() AUTÔNOMO**() DESEMPREGADO**() APOSENTADO**() OUTRO*

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

*() CNS**() CPF*

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

**MBM
SEGURADORA***18.06.2015***SINISTRO DPVAT**



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Isaac Vende
at

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA**

Eu, *Gildmar 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 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 *14*

Assinatura do paciente: *Gildmar da Silva Silveira*

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome: _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

HOSPITAL DE
Av. Brig. Edson de
Nova Pádua

FEV 2015

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 *14* Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Márcio Pereira
Médico
CRM-RR 1613





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE
RETAGUARDA

DATA: 17/11/14
PACIENTE: Estevan da Silva Silveira DN: 30/07/90
DIAGNOSTICO(S): TCE + Meningite pós trauma

DIH: 13/11/14 KANBAM: _____ Dieta: ora/ mandou com 50

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/PROCEDIEMNTOS AGENDADOS: _____

Hospital Geral de Roraima
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Novo Pinará - 69.110-000

FEV 2015

TERAPIA INSTITUIDA: _____

ATB

Certificado de Transferência
Cópia e Fim R. produção do Grm
que foi Arquivado nos Arquivos

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente internado no DTA
quando de sua comparecer ao PCU e que
de sua mãe a filha (idade 22) com
história prévia de TCE em 15 anos de
idade, internado no DTA em 13/11/14
apresentando-se com TCE de
desorientação temporária, sem
trauma, sendo avaliada pelo neurologista
que constatou lesão leve no TAC (meninges e)
conduta médica com antibioticoterapia
Boa Vista, 17 de NOVEMBRO de 2014. Hora: _____

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda

Mário Freire
Médico
CRM-RR 1613

CRM

CRM

SEGURODORABRIL

SINISTRO DPVAT

812 Ariva: 162. 3343 5.64-3

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.

Documentos de Identificação

0012

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

PIS/PASEP

136.92350.27-8

3447104

002-0

RR

Edmona da Silva Silveira

ASSINATURA DO TITULAR

POPULARITY



815 ATUW 162 8344 5-64-2

NOME: GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA

OC. DE NASC.: **BARRA DO CORDA - MA**

29/10/1989

FLIÇÃO JOSÉ RODRIGUES SILVEIRA

RAIMUNDA MENDES DA SILVA

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

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

(EI Nº 9049, 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

ACNOMAT(K^+) [HClO₄/MSMR]

BRASILEIRO

QUALIFICAÇÃO CIVIL

MBM
SEGURADORA

15 MAI 2015

SINISTRO DPVAT

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

INDEX

DATA DE NASCIMENTO	DATA DE EXATIDÃO	DATA DE EXATIDÃO
01/01/1980	01/01/1980	01/01/1980

Nelson

DEKUNEN

214

FACT 1

NOTES

DATA

2

12-15



POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE ROR

"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: **Buritís**

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: **Joquei Clube**

MUNICÍPIO: **Boa Vista/RR**

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

MUNICÍPIO: **Boa Vista/RR**

Celular: **95 9141-9749**

Parte

NOME: **Thales 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: **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**

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



Ivone de Fatima Nicolino de Castro
Agente de Polícia B
042000961

MBM
SEGURADORA

15 DEZ 2015

SINISTRO DPVAT

PMRR - BPM

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE J

077295

Vr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/ini	CH/h	H/Fin	
105	CITUR	01/11/11	-	08:39	08:39	-	1003	
Cod. Oc	Cod. Prov	Cód. Ser. Prest.	Km/ini	Km/Fin				
1003	003	3999	-	12286	42800			

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Av/Rua: Av. Karamba Israel Bairro: Jurema Ref: 077295

PESSOAS RELACIONADAS

1	Nome	Idade	E. Civil
1	Tranquilino da Silva	40	Casado
Endereço	Rua da Liberdade, 100		
Ed. RG	CNH	Profissão	
614689	050-409 50-48	Condutor	
2	Nome	Idade	E. Civil
2	Edson da Silva	34	Casado
Endereço	Rua da Liberdade, 345		
Ed. RG	CNH	Profissão	
211111	-	-	
3	Nome	Idade	E. Civil
3	-	-	-
Endereço	-		
Ed. RG	CNH	Profissão	
-	-	-	
4	Nome	Idade	E. Civil
4	-	-	-
Endereço	-		
Ed. RG	CNH	Profissão	
-	-	-	
5	Nome	Idade	E. Civil
5	-	-	-
Endereço	-		
Ed. RG	CNH	Profissão	
-	-	-	
6	Nome	Idade	E. Civil
6	-	-	-
Endereço	-		
Ed. RG	CNH	Profissão	
-	-	-	

ARMAS, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS, APREENDIDOS

1	Objeto	Valor
1	27 IR	500,00
2	500 PM Wilson	100,00

RECEBI CONDUZINDO(S) MATERIAL(AIS) ACIMA ANOTADOS

Não houve apreensão de objetos pessoais

ASSINATURA: Emerson do Santos Rosa CARGO: ACPC PC LOCAL: SEÇÃO DE PENA

Senhor: Delirando do 1º JP Infâmio de Almeida com Juiz de Paz

15/11/11

1º Turno de condução de 08h às 12h, primeira parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 100, onde foi apreendida a arma de fogo.

2º Turno de condução de 12h às 16h, segunda parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 345, onde foi apreendida a arma de fogo.

3º Turno de condução de 16h às 20h, terceira parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 345, onde foi apreendida a arma de fogo.

4º Turno de condução de 20h às 24h, quarta parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 345, onde foi apreendida a arma de fogo.

5º Turno de condução de 24h às 08h, quinta parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 345, onde foi apreendida a arma de fogo.

6º Turno de condução de 08h às 12h, sexta parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 345, onde foi apreendida a arma de fogo.

7º Turno de condução de 12h às 16h, sétima parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 345, onde foi apreendida a arma de fogo.

8º Turno de condução de 16h às 20h, oitava parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 345, onde foi apreendida a arma de fogo.

9º Turno de condução de 20h às 24h, nona parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 345, onde foi apreendida a arma de fogo.

10º Turno de condução de 24h às 08h, décima parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 345, onde foi apreendida a arma de fogo.

11º Turno de condução de 08h às 12h, décima primeira parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 345, onde foi apreendida a arma de fogo.

12º Turno de condução de 12h às 16h, décima segunda parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 345, onde foi apreendida a arma de fogo.

13º Turno de condução de 16h às 20h, décima terceira parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 345, onde foi apreendida a arma de fogo.

14º Turno de condução de 20h às 24h, décima quarta parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 345, onde foi apreendida a arma de fogo.

15º Turno de condução de 24h às 08h, décima quinta parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 345, onde foi apreendida a arma de fogo.

16º Turno de condução de 08h às 12h, décima sexta parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 345, onde foi apreendida a arma de fogo.

17º Turno de condução de 12h às 16h, décima sétima parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 345, onde foi apreendida a arma de fogo.

18º Turno de condução de 16h às 20h, décima oitava parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 345, onde foi apreendida a arma de fogo.

19º Turno de condução de 20h às 24h, décima nona parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 345, onde foi apreendida a arma de fogo.

20º Turno de condução de 24h às 08h, vigésima parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 345, onde foi apreendida a arma de fogo.

21º Turno de condução de 08h às 12h, vigésima primeira parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 345, onde foi apreendida a arma de fogo.

22º Turno de condução de 12h às 16h, vigésima segunda parada no posto de controle de trânsito da Rua da Liberdade, 345, onde foi apreendida a arma de fogo.

Comprovação de ato declaratório

0005

Comissão Patológica _____
Assinatura do Médico _____