

**Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário de Roraima**
[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)
**Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2403150720190711161632**
**Processo 0815804-65.2019.8.23.0010 ★ - (49 dia(s) em tramitação)****Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 9597 - Seguro**Nível de Sigilo:** Público

<a href="#">Informações Gerais</a>	<a href="#">Informações Adicionais</a>	<a href="#">Partes</a>	<a href="#">Movimentações</a>	<a href="#">Apensamentos (0)</a>	<a href="#">Vínculos (0)</a>
<b>Reais</b>					
<b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b>					
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor de Justiça <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>					
14 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 14					
<b>500 por pág.</b>					<b>1</b>
<b>Seq.</b>	<b>Data</b>	<b>Evento</b>			<b>Movimentado Por</b>
<input type="checkbox"/>	14 11/07/2019 16:16:32	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b>			JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
		14.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2608078ELABORAR JUNTADA DE DOCS01.PDF	Público
		14.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2608078ELABORAR JUNTADA DE DOCSAnexo01.PDF	Público
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA) em 02/07/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 11) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (27/06/2019) e ao evento de expedição seq. 12.			
	13 02/07/2019 14:56:26	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (27/06/2019)			
<input checked="" type="checkbox"/>	11 27/06/2019 10:08:32	<b>JUNTADA DEATO ORDINATÓRIO</b> <b>DECORRIDO PRAZO DE GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA</b>			
	10 27/06/2019 00:03:55	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b> (/P/ advgs. de GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (24/05/2019) e ao evento de expedição seq. 7.			
<input checked="" type="checkbox"/>	9 18/06/2019 17:35:51	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> <b>REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO</b> <b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b>			
	8 03/06/2019 16:49:59	<b>CONCESSIONADO O PEDIDO</b> (Pelo advogado/curador/defensor de GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA) em 03/06/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (24/05/2019) e ao evento de expedição seq. 7.			
	7 24/05/2019 14:59:50	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (24/05/2019)			
<input checked="" type="checkbox"/>	6 24/05/2019 13:35:39	<b>CONCEDIDO O PEDIDO</b>			
	5 23/05/2019 15:16:00	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>			
	4 23/05/2019 15:16:00	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>			
	3 23/05/2019 15:16:00	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição			
	2 23/05/2019 15:15:59	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 1ª Vara Cível			
<input checked="" type="checkbox"/>	1 23/05/2019 15:15:59	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>			



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo:** 08158046520198230010

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 9 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**

# 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%

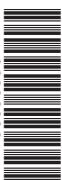
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

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](http://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

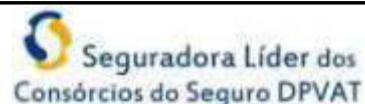
Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM



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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

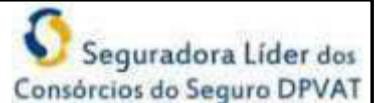
**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**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](http://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<sup>a</sup> 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](http://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**

Documentação médica Hospitalar



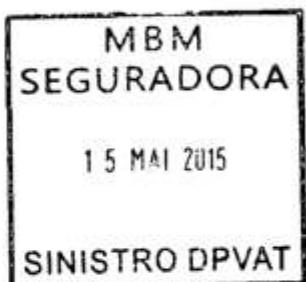
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE  
Hospital Geral de Roraima/SAME  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

## 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







HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

*Sra. Verônica  
AT*

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

Eu, 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(s), 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 de natureza médica- 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 14

Assinatura do paciente: Gildean da Silveira

Responsável:

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Góes, 1111  
Novo Horizonte

Certifico  
Cópia é Fiel Reprodução da  
que foi apresentado nesse Hospital  
Ass.: Assessoria à MAP 2015

FEMBM  
SEGURADORA  
Acredito que o paciente  
entendeu o que expliquei.  
**SINISTRO DPVAT**

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmei que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou famíliares, que foram apresentados, 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 Freire  
Médico  
CRM-RN 163*





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 63000-000  
mail: [hospngr@yaibest.com.br](mailto:hospngr@yaibest.com.br)



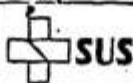
**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO**

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

Carimbo e Assinatura do MÉTICO



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



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	<i>NHEC</i>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
5 - NOME DO PACIENTE	<i>Giovane de Souza Soárez</i>
6 - N° DO PR	<i>8751</i>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	<i>ER 181001415121612181416163</i>
8 - DATA DE NASCIMENTO	<i>21/12/03</i>
9 - SEAC	<i>/</i>
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL	<i>Raimunda Oliveira da Souza</i>
11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO FONE	<i>(41) 3111-1111</i>
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BARRIO)	<i>Rua Ferreira, 545 - Centro</i>
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	<i>BAIA MUITA</i>
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	<i>15 - UF</i>
15 - CEP	<i>81210-000</i>
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
<p>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</p> <p>Paciet q nítente di TCE li' i dir, faltas... qndas di desidratação, somedas e fadiga, fada no PA o pressor de desidratação, qndas resfriado qndas gripes, qndas inchações, fadiga fadiga di, fadiga</p>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
<i>TCE - fadiga exausto.</i>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
<p>Hospital Universitário Av. Eng. Eduardo Góes s/n Novo Parnamirim - 51.100-000</p> <p><i>FEV 10/15</i></p>	
20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	
<i>TCE</i>	
21 - CID 10 PRINCIPAL / CID 10 SECUNDÁRIO / CID 10 TERCIÁRIO	
CID 10: I10 - I15	
22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
<i>INTERCÂLCADO 100% DIA TALAR</i>	
23 - DOCUMENTO	
( ) CNS <i>5131531101111111</i>	
24 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
25 - CLÍNICA	
26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
27 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
28 - ASSINATURA E CARIMBO N.º DE REGISTRO DO COSEMS	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
<i>SCULLO C. KELIO (Médico Biólogo)</i>	
30 - CNPJ DA EMPRESA	
31 - N.º DO REGISTRO DO COSEMS	
32 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
<i>MBM SEGUROADORA</i>	
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	
34 - ACIDENTE DE TRABALHO + PICO	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	
36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	
( ) EMPREGADO      ( ) EMPREGADOR      ( ) AUTÔNOMO      ( ) DESEMPREGADO      ( ) APOSENTADO	
37 - N.º DO REGISTRO DO COSEMS	
38 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
39 - DOCUMENTO	
( ) CNS      ( ) CPF	
40 - CNPJ DA EMPRESA	
41 - N.º DO REGISTRO DO COSEMS	
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
<i>MBM SEGUROADORA</i>	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
44 - N.º DO ORGÃO EMISOR	
45 - DOCUMENTO	
( ) CNS      ( ) CPF	
46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
48 - ASSINATURA E CARIMBO N.º DO REGISTRO DO COSEMS	
<i>18.03.2015</i>	

A rectangular stamp with a black border. Inside, the word "MBM" is at the top, followed by "SEGURADORA" in a larger font. At the bottom, it says "SINISTRO DPVAT". In the center, the date "18 AGO. 2015" is stamped diagonally.

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. Silveira*

Av. Brig. Edmundo C. da Cunha  
Nova Pátria

Nome: \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

*FEV 2015*

Certifico que o documento

é original e que é da autoria do paciente.

que foi apresentado nos dias

18/02/2015

que é da autoria do paciente.

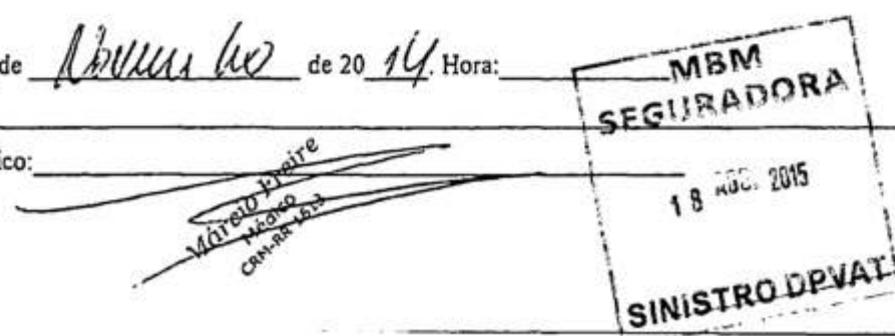
Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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. Silveira  
Pátria  
Casa da Pátria*



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 17/11/14

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

DIAGNOSTICO(S): TCE + meningite pos 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: \_\_\_\_\_

HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ PH: \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_ PO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

EAS:

CULTURAS(1/1): \_\_\_\_\_

IMAGEM: \_\_\_\_\_

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

Leuc: \_\_\_\_\_ Seg: \_\_\_\_\_ Plaquetas: \_\_\_\_\_ Na: \_\_\_\_\_ K: \_\_\_\_\_ Ca: \_\_\_\_\_

Cl: \_\_\_\_\_ HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ PH: \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_ PO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

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. A febre (significativa) e  
suspeito de TCE. Fie 15 dias.  
Exame toxicológico (TOX) negativo.  
Exame de TC de abdômen e盆腔 (盆腔)  
desorientado, suspeito de TCE. Realizado TC de  
torax, que mostra alterações pelo hematocele.  
Avaliação clínica na TAC (hematocele) que  
constatou alterações na hipogástrico.  
Boa Vista, 17 de Novembro de 2014. Hora: \_\_\_\_\_

CRM / 18 / 2015  
SEGURADORA: Mercantil  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Medico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda

Márcio Freire  
Médico  
CRM-RR 163

CRM /

18 / 2015  
SINISTRO DPVAT

# **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 e 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.



NOME: GILDOMAR DA SILVA SILVEIRA	
DOC. DE NASC:	BARRA DO CORDA - MA
	29/10/1989 NASCIMENTO
FILOSIAÇÃO:	JOSÉ RODRIGUES SILVEIRA
	RAIMUNDA MENDES DA SILVA
DOC. APRESENTADO:	R.G. 303418-6 SESP RR
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	
IEI Nº 049, DE 18 DE MAIO DE 1995	
RG: 303418-6	
ELEITOR:	003857092631 SEÇÃO: 0095 ZONA: 003
CPF: 003.890.552-39	
LOCAL DA EMISSÃO: DRT/RR	
EMISSÃO: 08/01/2008	
	
ASSINATURA DO EMISSOR	
02	
B R A S I L E I R O	
QUALIFICAÇÃO CIVIL	
MBM SEGURADORA	
15 MAI 2015	
SINISTRO DPVAT	

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE



# 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

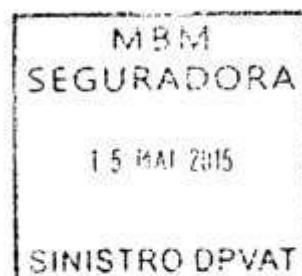
NOME: Gildomar da Silva Silveira  
PAI: José Rodrigues Silveira  
MÃE: Raimunda Mendes da Silva  
SEXO: Masculino - EST. CIVIL: Solteiro - DT NASC: 29/10/1989 IDADE: 25 anos  
NATURAL DE: Paulo Ramos - UF: MA  
DOC. IDENT.: 303418-6 - ÓRGÃO EXP: SESP/Polícia Civil/RR  
END. RES.: Rua Cj 2 , 509 - BAIRRO: 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.

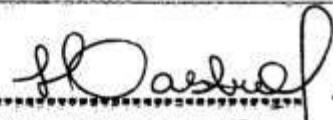
### Requisições expedidas

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:	051-40150-43	Profissão:	
Ed. RG:					
2	Nome:	Idade:	E. Civil:		
Endereço:	611589	CNH:	051-40150-43	Profissão:	
Ed. RG:					
3	Nome:	Idade:	E. Civil:		
Endereço:	611589	CNH:	051-40150-43	Profissão:	
Ed. RG:					
4	Nome:	Idade:	E. Civil:		
Endereço:	611589	CNH:	051-40150-43	Profissão:	
Ed. RG:					
5	Nome:	Idade:	E. Civil:		
Endereço:	611589	CNH:	051-40150-43	Profissão:	
Ed. RG:					
6	Nome:	Idade:	E. Civil:		
Endereço:	611589	CNH:	051-40150-43	Profissão:	
Ed. RG:					

## ARMAS, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS, APREENDIDOS

Alvo de arma de fogo

RECEBI CONDUZINDO(S) MATERIAL(AS) ACIMA ANOTADOS

Nao houve troco ou objetos apreendidos

ASSINATURA: Emerson do Santos Paganini

CARGO: ACPC 26

LOCAL: Sede Xadrez

Senhor

Declaro que conduzi o Sr. Emerson do Santos Paganini, ACPC 26, para a Delegacia de Policia Civil de São Paulo, na Rua da Consolação, nº 100, Centro, São Paulo, SP, no dia 27/12/2012, com o intuito de prestar depoimento quanto ao crime de furto qualificado praticado por pessoas não identificadas, no dia 26/12/2012, na Rua da Consolação, nº 100, Centro, São Paulo, SP, contra o Sr. Emerson do Santos Paganini, ACPC 26, que é proprietário de um estabelecimento comercial situado na Rua da Consolação, nº 100, Centro, São Paulo, SP.

O Sr. Emerson do Santos Paganini, ACPC 26, é um homem de bem e está em situação pública.

O Sr. Emerson do Santos Paganini, ACPC 26, é um homem de bem e está em situação pública.

Assinatura:

**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

Clinica Patológica \_\_\_\_\_ / DE  
Curta do Médico

