



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza
OAB/RR 340B

Dr. Johon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Geraldo Marcenilio Teixeira, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: Agricultor,
portador(a) da Cédula de Identidade CIRC 84860 SSP/RR e inscrito(a) no
CPF/MF nº 323.000.482-68 residente e domiciliado (a) na
Av: Brasil, nº 514, Bairro:
Centro, no município Boa Vista /RR,
telefone: 3534-1025, E-mail: _____,
vêm através de seu advogado in fine assinado, com escritório profissional na
Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa Vista - Roraima, por este instrumento
particular nomeia e constitui seus procuradores.

OUTORGADOS: SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional
situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR,
representada por seu sócio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
317B, Dra. PAULA RAFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE
SOUZA CAMILO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
1.376, a quem confere amplos poderes:

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

Roraimópolis /RR 15 de Julho de 2019

Geraldo Marcenilio Teixeira

Outorgante

CPF/MF nº



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dr. John Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza
OAB/RR 340B

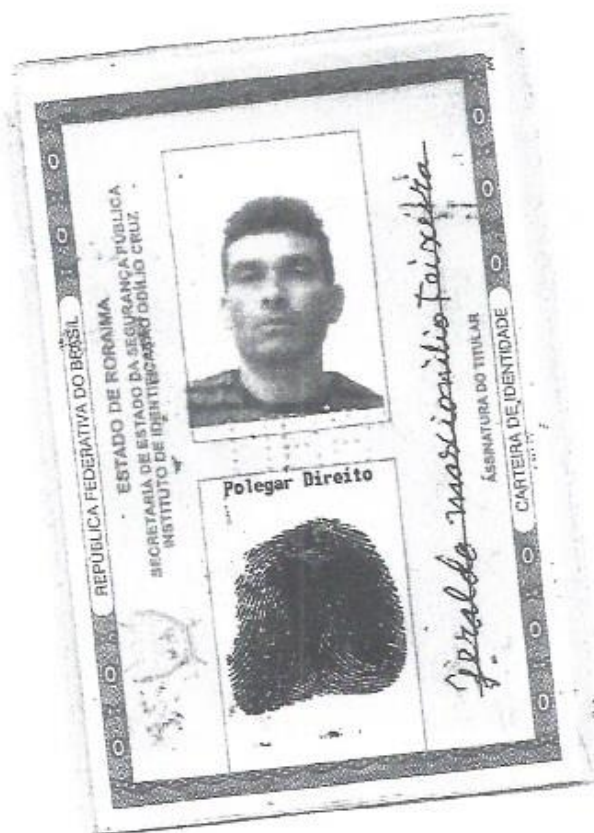
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: Geraldo Mascionilio Teixeira,
estado civil casado, RG nº 84860, e CPF
nº 323.000.182-68, residente e domiciliado (a) na
AV: Brasil, s/nº Bairro:
centro, Cidade Entre Rios
- Roraima, telefone (95) 3534-1025.

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

Roraimópolis - RR, 15 de Julho de 2019.

Geraldo Mascionilio Teixeira
DECLARANTE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Estado de Roraima
Justiça do Estado de Roraima
CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL
Av. Ataliba Gomes de Laia, 2506 - Centro
São Luiz do Anauá - Roraima
TELE/FAX: 0(xx)95 3537-1022
Francisco Félix - Oficial



CERTIDÃO DE CASAMENTO

CERTIFICO que, sob o N°: **1950**, às Fls. **150**, do Livro n°: **B-07**, do Registro de Casamento, verifiquei constar que no dia 16 de novembro de 2009, foi realizado o casamento, de: **GERALDO MARCIONILIO TEIXEIRA** e **MARIA APARECIDA SANTOS SILVA**, contraído perante a Juíza de Direito Dra. Tânia Maria Vasconcelos Dias, e as testemunhas: **Cristiane de Oliveira Souza** e **Samuel dos Santos Souza**. **ELE**, nascido ao(s) **6 de março de 1968**, em **Mantena/MG**, profissão: agricultor, domiciliado e residente em **Vila Entre Rios-Caroebe/RR**, filho de **JOSÉ MARCIONILIO TEIXEIRA** e **MARCOLINA ALVES TOLEDO**. **ELA**, nascida ao(s) **5 de junho de 1974**, em **Cárcere/MT**, profissão: agricultora, domiciliada e residente em **Vila Entre Rios-Caroebe/RR**, filha de **JOAQUIM ANTONIO DA SILVA** e **ANA DA SILVA**, a qual passou assinar-se **MARIA APARECIDA SANTOS**. Foram apresentados os documentos exigidos pelo art. 1525, n° I, III, IV Código Civil Brasileiro.

Observação: O presente casamento foi realizado sob o regime de **COMUNHÃO PARCIAL DE BENS**.

O referido é verdade e dou fé.

Vila Entre Rios-Caroebe/RR, 16 de novembro de 2009


OFICIAL

Ramon Carvalho Nascimento
Escrevente Autorizado

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcia, 684 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 02.341-470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Sino 9-1
Pessoa Especial da Imprensa autorizada pela SEFAZ RR/13

Para contato com a
Eletrobras, informe
este número

0545722-0

Nº da Nota Fiscal 000014476

A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

AGOSTO/2017

25/08/2017

194

80,44

MARIA APARECIDA SANTOS SILVA
AV BRASIL CENTRO
CPF: 00062216/75215
CEP: 69.378-000 - ENTRE RIOS

ROT: 202.065.02.52.253000

| DATA DE FÉTIMA | VALOR | DATA DE FÉTIMA |
|---------------------------|-------|----------------|
| Atenc: | 5577 | 09/08/2017 |
| Anterior: | 5383 | 07/07/2017 |
| Consumo de Multiplicação: | 1,000 | 09/09/2017 |
| Consumo Mensal: | 194 | 09/08/2017 |
| Consumo Específico: | 194 | 09/08/2017 |

NORMAL

| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Fnt | Módulo 12 meses |
|------------------|---------|----------------|-------|------------|-----------------|
| RESIDENCIAL | MONO | 100004978 | | 1.1.1.1 | 173 |

HISTÓRICO ANUAL

Mês/ano consumo

| | |
|--------|-----|
| JUL/17 | 170 |
| JUN/17 | 159 |
| MAI/17 | 177 |
| ABR/17 | 147 |
| MAR/17 | 141 |
| FEV/17 | 198 |
| JAN/17 | 178 |
| DEZ/16 | 177 |
| NOV/16 | 174 |
| OUT/16 | 172 |

TARIFA SEM TRIBUTOS:
U H 194 - 0,337200

CONSUMO 194 A R\$ 0,406373 = 78,83
MULTA POR ATRASO 06/17-00 1,29
JUROS DE MORA DE IMPO 06/17-00 0,32

AGRE - TÍTULOS IMPORTANTE PARA O SEU DESENVOLVIMENTO

Mes/Ano Valor R\$
07/2017 76,95

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 14 de maio de 2017. O recuo permanente por falta de pagamento também é incluído no nome do consumidor na CEN-CH, caso tenha afetado o pagamento favor desconectar este aviso.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBY) FODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. / IBGE CENSO AGROPECUARIO 2017: RECEBA BEM O RECBENSAADOR DURANTE ENTREVISTA! LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO L 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 5630.9718.D720.SDD4.?

| COMPOSIÇÃO DA UNIDADE - R\$ | |
|-----------------------------|-------|
| Distribuição: | 27,78 |
| Energia: | 36,94 |
| Transmissão: | 0,00 |
| Encargos: | 0,71 |
| Tributos: | 13,40 |

0,00 0,00
0,00





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DA BALIZA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



DADOS DO REGISTRO DA OCORRÊNCIA

| | |
|----------------------|--|
| BOLETIM Nº 0991/2017 | DELEGADO: <i>Delegado da Unidade</i> |
| DATA: 24-11-2017 | ATENDENTE: <i>Gilmar de Oliveira Lima</i> |
| HORA: 10h00min. | LOCAL, DATA E HORA: Vicinal 010, km 20, Entre - Rios, Caroebe - RR, em 01-09-17, por volta das 17h40min. |

DADOS DO COMUNICANTE

NOME: Geraldo Marcionilio Teixeira
END: O MESMO ABAIXO CITADO

RG: 84.860/RR CPF: 323.000.182-68

DADOS DA VITIMA

NOME: Geraldo Marcionilio Teixeira

RG: 84.860/RR

CPF: 323.000.182-68

END: Avenida Brasil, s/nº, próximo à Escola Padrão, Mirian, Entre - Rios, Caroebe - RR.

FILIAÇÃO: José Marcionilio Teixeira / Marcolina Alves Tolêdo

GRAU DE INST: Ensino Fundamental Completo APELIDO: n/t

COR/IDADE: Parda, 49 anos PROFISSÃO: Agricultor

DATA DE NASCIMENTO: 06-03-1960 FONE: (95) 3534-1025 (Restaurante do Zil).

NATURALIDADE: Mantena - MG CNPJ:

DADOS DO ACUSADO

NOME: RG: CPF:

END:

FILIAÇÃO:

GRAU DE INST: APELIDO:

COR/IDADE: PROFISSÃO:

DATA DE NASCIMENTO: FONE:

NATURALIDADE: NACIONALIDADE:

DADOS DA INFRAÇÃO

| CÓD. INFR. | INFRAÇÃO | QUALIFICAÇÃO A TIPIFICAR |
|------------|----------|--------------------------|
| | | |

BREVE RELATO DOS FATOS: (O) A vítima relata que no local, dia e horas acima citada, conduzia a motocicleta Honda CG 160 Titan Ex ano e modelo 2015/2016, cor branca, placa NBA 2778, propriedade de Jackson da Silva Saverio. Que derrapou em cascalhos na estrada, vindo a cair e fraturar a clavícula lado direito. Que a vítima foi socorrido ao Posto de Saúde de Entre - Rios e em seguida ao hospital de Caroebe, sendo posteriormente encaminhado ao hospital de Rorainópolis. Este BO é para fins de Seguro DPVAT. É o breve relato.

Geraldo Marcionilio Teixeira
COMUNICANTE

Gilmar de Oliveira Lima
ATENDENTE

OBS: Comunicante/vítima fica intimada a comparecer nesta delegacia no dia, às hmin.

AVISO: 1 - SOLICITAMOS QUE CASO OBTENHA NOVAS INFORMAÇÕES QUE AJUDEM NAS INVESTIGAÇÕES COMPAREÇA A ESTA DELEGACIA;
AVISO: 2 - O comunicante é responsável pelas declarações prestadas, sujeito às penas arts. 339 (Denúnciação Caluniosa) e 340 (Comunicação falsa de crime) do CPB.

RESERVADO PARA DESPACHO DA AUTORIDADE POLICIAL


- ☐ Fato Atípico (Arquivar); ☐ Intimar comunicante; ☐ Aguardar audiência agendada;
☐ OM ao SO, relatório em _____ dias - APC _____; ☐ Aguardar novos fatos ou representação;
☐ Outra(s) providência(s): _____
☐ Elabore-se _____ art(s).

Delegado(a) de Polícia Civil

CENTRO DE SAÚDE
Walter Gomes Portela
Distrito entre Rio-Caroebe-RR

7 linhas copias p/ Entre Rio-Caroebe-RR

GUIA DE ENCAMINHAMENTO - SADT

| | | | |
|--|--|---|--|
|  | | GOVERNO MUNICIPAL DE CAROEBE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | |
| <input type="checkbox"/> ANÁLISES CLÍNICAS <input type="checkbox"/> RADIOLOGIA <input type="checkbox"/> OUTROS | | PRONTUÁRIO Nº | |
| NOME DO PACIENTE Geraldão Marcenilio Teixeira | | DATA NASCIMENTO 06.03.68 | |
| ENDEREÇO | | IDENTIFICAÇÃO U.F. TELEFONE | |
| HIPÓTESE DIAGNÓSTICA Susp. Fratura - braço "D" (quarta costela) | | | |
| ÁREA E/OU SEGMENTO ANATÔMICO A SER EXAMINADO [Clavícula] | | Análise médica | |
| EXAMES OU SERVIÇOS SOLICITADOS PA. 120x80 | | | |
| ASSINATURA, CRM E CARIMBO DO MÉDICO [Assinatura] | | UNIDADE SOLICITANTE U.B. S.W. G. R. | |
| AUTORIZAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO CARIMBO E ASSINATURA [Assinatura] | | ENCAMINHADO PARA Hosp. Caroebe | |
| | | CIDADE UF | |
| ESTA GUIA TEM VALIDADE DE 30 (TRINTA DIAS) A PARTIR DA DATA DE SUA EMISSÃO | | | |



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CENTRO DE SAÚDE
Walter Gomes Portela
Distrito entre Pico-Carvalho-RP

RELATÓRIO DE ATIVIDADES DE ENFERMAGEM
+ 2017

Mês: Setembro de 2010

Municipio:

QUEIXA

[illegible]

CENTRO DE SAÚDE
Walter Gomes Portela
Distrito entre Rios-Caroébe-RR

7 tiras copias PI Entre Rios RR

GUIA DE ENCAMINHAMENTO - SADT



GOVERNO MUNICIPAL DE CAROEBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

☐ ANÁLISES CLÍNICAS ☐ RADIOLOGIA ☐ OUTROS

PRONTUÁRIO

Nº

NOME DO PACIENTE

ENDEREÇO

DATA NASCIMENTO

CIDADE

IDENTIFICAÇÃO

U.F.

TELEFONE

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

ÁREA E/OU SEGMENTO ANATÔMICO A SER EXAMINADO

EXAMES OU SERVIÇOS SOLICITADOS

ASSINATURA, CRM E CARIMBO DO MÉDICO

DATA DE EMISSÃO

ENCAMINHADO PARA

ENDEREÇO

UNIDADE SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO
CARIMBO E ASSINATURA

ESTA GUIA TEM VALIDADE DE 30 (TRINTA DIAS)
A PARTIR DA DATA DE SUA EMISSÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARABÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE ATENÇÃO BÁSICA

CENTRO DE SAÚDE
Walter Gomes Portela
Distrito Santa Rosa-Carabé-RN

RELATÓRIO DE ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Mês: Setembro Ano: 2017

Unidade de Saúde:

Município:

Unidade de Saúde: _____

Município: _____

| DIAS | NOME | IDADE | COMP. | | ATENDIMENTOS | | | | | | MEDICAÇÃO | | | QUEIXA | |
|-------|--------------------------|-------|-------|-----|--------------|-----|-------|-------|-----|------|-----------|----|----|--------|----------------|
| | | | 1º | Rel | Cur. | R.P | Inal. | T.R.O | C.M | REM. | V.O | IM | EV | | |
| 01/09 | Cláudio A. da Silva | 42 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 02/09 | Cláudio Figueira Souza | 33 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 03/09 | Paulson Barbosa Oliveira | 32 | | | | | | | | | | | | | Sutura simples |
| 04/09 | Antônia de Silva Lima | 54 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 05/09 | Luiz B. Araújo | 28 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 06/09 | Luiz Pereira de Lima | 35 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 07/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 08/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 09/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 10/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 11/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 12/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 13/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 14/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 15/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 16/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 17/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 18/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 19/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 20/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 21/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 22/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 23/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 24/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 25/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 26/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 27/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 28/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 29/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |
| 30/09 | Adelmo M. Farias | 49 | | | | | | | | | | | | | R. médica |

Ret - Retorno
Cur - Curativos
R.P - Retirada de Pontos
Inal - Inalação / Nebulização

T.R.O - Terapia de Reidratação Oral
C.M - Colheita de Material (Máscara e outras)
Rem - Remoção

VO - Via Oral
IM - Intramuscular
EV - Endovenosa

Data: / /

Responsável pela unidade de Saúde

02/09/2017

... Guia de Atendimento SPA 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL
CNPJ: 05.370.016/0001-00

| FICHA DE ATENDIMENTO | | CLINICA MEDICA | | DIURNO 07-19 | | 5 | |
|--|--------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---|--------------|---|-----------|
| 1700013882 | 02/09/2017 09:07:27 | Data Nascimento | Idade | CNS | CPF | Prontuário | |
| Paciente | GERALDO MARCIONILIO TEIXEIRA | 06/03/1960 | 57 A 5 M 27 D | 898003012421795 | 32300018268 | | |
| Tipo Doc | Documento | Data Emissão | Sexo | Estado Civil | Raça/Cor | Naturalidade | |
| IDENTIDADE | 84860 | 20/10/2015 | M | SOLTEIRO(A) | PARDA | MANTENA | |
| Mãe | MARCOLINA ALVES TOLEDO | Pai | JOSE MARCIONILDO TEIXEIRA | | | | |
| Endereço | RUA - VILA ENTRE RIOS - CAROEBE - RR | | | | | | |
| Class. de Risco | Plano Convênio | N da Carteira | Validade | Autorização | Sis Prenatal | | |
| Motivo do Atendimento | SUS - SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE | Profissional do Atend. | Procedencia | Temp. | Peso | Pressão | |
| SPA - PRONTO ATENDIMENTO | URGÊNCIA | Procedimento Sol. | Registrado por: TAYANA SANTOS | | | | |
| Sector | DEMANDA ESPONTÂNEA | Sintoma Atípico Respiratório | | | | | |
| Queixa Principal | Anamnese de Enfermagem | | | | | | GSC TOTAL |
| | | | | | | AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 | |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - :h) | | | | | | | |
| Paciente encaminhado do CAROEBE, com dor que vem há 2 dias. | | | | | | | |
| Exame Físico | | | | | | | |
| Ex so ombro. | | | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica | | | | | | | |
| alt. glând. - comp. | | | | | | | |
| SADT - Exames Complementares | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SOM <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS | | | | | | | |
| PRESCRIÇÃO | | | | APRAZAMENTO | | OBSERVAÇÃO | |
| suspeita de osteoartrite | | | | | | | |
| 05.370.016/0001-00 | | | | Confere com original | | Assinado digitalmente por Paulo Sergio de Souza | |
| HOSPITAL REGIONAL SUL | | | | | | | |
| GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO | | | | | | | |
| BR 174 - KM 461 | | | | | | | |
| CEP: 69.370-970 | | | | | | | |
| RORAINÓPOLIS - RR | | | | | | | |
| Condição | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Ata 24h) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / / | | | | | | | |
| Ábito | | | | | | | |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anomalia Patológica | | | | | | | |
| Assinatura do Paciente ou Responsável | | | | Carimbo e Assinatura Médica | | | |
| | | | | Assinado digitalmente por Paulo Sergio de Souza | | | |





GOVERNO DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE REFERÊNCIA

| | |
|--|--|
| Unidade de Origem: <u>UPM</u> | Município: _____ |
| PACIENTE: <u>Geovana Macielio Seixas</u> | Prontuário: _____ |
| Endereço: <u>Rua dos Jovens</u> | Ocupação: _____ |
| Idade: <u>44</u> | Sexo: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F |

MOTIVO DA referência (Justificar com clareza o encaminhamento):

Paciente trazida por acidente trauma do ombro
devido a uma imobilidade funcional
trauma com fratura e deslucida
e luxação do ombro

Resultado dos Exames: _____

Hipótese Diagnosticada: _____

Médico

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.
Carimbo
Médico
CID: _____
assinatura carimbo

02/04/12
Data

AGENDAMENTO

| | |
|--|--|
| Encaminhamento a Especialidade: <u>Ortopedia</u> | Município: _____ |
| Consulta Marcada para Unidade: <u>Hspml Macapá</u> | às _____ horas do dia _____/_____/____ |
| Para o Dr.: _____ | |

Caro colega, a informação dos dados relevantes a unidade de origem é de fundamental importância e não pode ser omitida. Por favor, preencha a contra-referência abaixo, destaque e devolva ao paciente.

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

| | | |
|---|----------------------|--|
| Unidade: _____ | Idade: _____ | Sexo: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F |
| Nome do paciente: _____ | | |
| Diagnóstico: _____ | | |
| Orientação para acompanhamento nas U.S. _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| Data: _____/_____/_____ | Assinatura / Carimbo | |



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

NOME:

[illegible]

DATA:

13/11/21

CRM - RR 589
Carlos Eduardo de Almeida
ASSINATURA E CARIMBO



Rio de Janeiro, 26 de Março de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO MARCIONILIO TEIXEIRA

Nº Sinistro 3180123038
Vitima: GERALDO MARCIONILIO TEIXEIRA
Data do Acidente: 01/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Senhor(a),

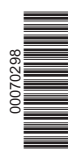
Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180123038**, esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes **cobertas pelo Seguro DPVAT** em razão do acidente ocorrido em **01/09/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00595/00596 - carta_05 - INVALIDEZ



Carta nº 12575947