

# ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** **MARCOS ANTONIO DA SILVA SOUSA**, Brasileiro, solteiro, autônomo, portadora do RG nº 213486 SSP/RR e inscrita no CPF sob nº 745.924.163-68, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Leste nº 182. Bairro: Equatorial, CEP: 69.317-348. Tel: (95) 99161-7811, e-mail: juridicosememail@gmail.com.

**Outorgado:** **Dr. MARLON TAVARES DANTAS**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR 1832, OAB/PA 27.108-A, OAB/AM A1261, **Dra. ELINEIVA COSTA SILVA**, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1743, **Dra. EDLANE LEÃO DE ALBUQUERQUE**, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1950, ambos com o endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) -99171-7145 / 99117-5392 (escritório), (95) -99129-6312 / 98108-7779 (pessoal), onde deverá receber intimações.

**Poderes específicos:** para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “ad judicium”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial, pedir Justiça Gratuita, assinar declaração de hipossuficiência econômica e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o carácter de contrato de honorários. Da **Gratuidade da Justiça**, em conformidade com a norma do artigo 105 da lei 13.105/2015.

BOA VISTA/RR, 04 / 09 / 2020

  
**MARCOS ANTONIO DA SILVA SOUSA**

Ministério do Trabalho e Emprego  
CARTERA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Nome: MARCO ANTONIO DA SILVA SOUSA

CPF: 2165768

RG: 0040

UF: RR

Assinado digitalmente por Marlon Tavares Dantas:60895845253

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

Nome: MARCO ANTONIO DA SILVA SOUSA

Filiação: BENTO CRESCENCIO DE SOUSA

Nascimento: 07/11/1975

Estado Civil: SOLTEIRO

Naturalidade: MONÇÃO - MA

Documento: C. I. 213485 24082012 SSP/RR

CPF: 2165768

TIT. ELEITOR: 745 324 163-68

Local/Data de Emissão: SRTE/RR - 30/11/2022

# ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

**MARCOS ANTONIO DA SILVA SOUSA**, Brasileiro, solteiro, autônomo, portadora do RG nº 213486 SSP/RR e inscrita no CPF sob nº 745.924.163-68, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Leste, nº 182, Bairro: Equatorial, CEP: 69.317-348.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 04 / 09 / 2020

Marcos Antonio da Silva Sousa  
**MARCOS ANTONIO DA SILVA SOUSA**



23/06/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 06/2020 referente a UC: 1075411

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 5439656

**BENEDITA LIMA DA SILVA SOUSA**

R. LESTE, 182 ,

EQUATORIAL

69317348 BOA VISTA

RR

|               |            |                       |
|---------------|------------|-----------------------|
| CÓDIGO ÚNICO  | MÊS        | PERÍODO DE CONSUMO    |
| 1075411       | 06/2020    | 21-MAY-20 a 23-JUN-20 |
| CONSUMO (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR         |
| 249           | 06-JUL-20  | R\$ 212,92            |

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada

- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

|              |         |               |
|--------------|---------|---------------|
| CÓDIGO ÚNICO | MÊS     | TOTAL A PAGAR |
| 1075411      | 06/2020 | R\$ 212,92    |

836300000020.129200750005.000000001073.541106200051



# ADVOCACIA

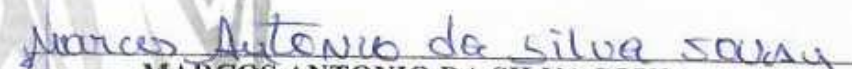
## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

MARCOS ANTONIO DA SILVA SOUSA, Brasileiro, solteiro, autônomo, portadora do RG nº 213486 SSP/RR e inscrita no CPF sob nº 745.924.163-68, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Leste, nº 182, Bairro: Equatorial, CEP: 69.317-348.

DECLARO para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

BOA VISTARR. 04 / 09 / 2020

  
MARCOS ANTONIO DA SILVA SOUSA



# ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

## DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Marcos Antônio da Silva Sousa CPF nº 745.929.163-68  
Residente e domiciliado à rua Leite, nº 182, bairro  
Equatorial, na cidade de Boa Vista, estado de  
Roraima, declaro que sou trabalhador (a) autônomo (a), desenvolvendo atividade de  
Serviços Gerais recebendo uma renda mensal em média de  
R\$ 998,00, não podendo ser demonstrada em contracheque ou em extrato bancário por receber  
de forma avulsa, e de acordo com o serviço prestado.

Ratifico serem verdadeiras as informações acima prestadas.

BOA VISTA-RR, 09 de Setembro de 2020

Marcos Antonio da Silva Sousa  
MARCOS ANTONIO DA SILVA SOUSA

Ministério do Trabalho e Emprego

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Nome: MARCONI A. SILVA SOUSA

CPF: 2165768

RG: 0040

UF: RR

Assinado digitalmente por Marlon Tavares Dantas:60895845253

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ALTERAÇÃO DE

MARCOS ANTONIO DA SILVA SOUSA

FILIAÇÃO: BENTO CRESCENCIO DE SOUSA

NASCIMENTO: 07/11/1975

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: MONÇÃO - MA

DOCUMENTO: C. I. 213495 24/08/2012 SSP/RR

LEI Nº 8.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 745 824.153-68

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 30/11/2012

| REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS            |                              | REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS            |                              |
|--------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------|
| NOME DO TITULAR .....                            |                              | NOME DO TITULAR .....                            |                              |
| REGISTRADO EM .....                              | SOB. N° ..... LIVRO N° ..... | REGISTRADO EM .....                              | SOB. N° ..... LIVRO N° ..... |
| FLS. .... PROC. N° .....                         |                              | FLS. .... PROC. N° .....                         |                              |
| PROFISSÃO .....                                  |                              | PROFISSÃO .....                                  |                              |
| FUNÇÃO .....                                     |                              | FUNÇÃO .....                                     |                              |
| LEGISLAÇÃO .....                                 |                              | LEGISLAÇÃO .....                                 |                              |
| LOCAL .....                                      | DATA .....                   | LOCAL .....                                      | DATA .....                   |
| ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR ..... |                              | ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR ..... |                              |
| REGISTRADO EM .....                              |                              | REGISTRADO EM .....                              |                              |
| FLS. .... PROC. N° .....                         |                              | FLS. .... PROC. N° .....                         |                              |
| PROFISSÃO .....                                  |                              | PROFISSÃO .....                                  |                              |
| FUNÇÃO .....                                     |                              | FUNÇÃO .....                                     |                              |
| LEGISLAÇÃO .....                                 |                              | LEGISLAÇÃO .....                                 |                              |
| LOCAL .....                                      | DATA .....                   | LOCAL .....                                      | DATA .....                   |
| ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR ..... |                              | ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR ..... |                              |
| REGISTRADO EM .....                              |                              | REGISTRADO EM .....                              |                              |
| FLS. .... PROC. N° .....                         |                              | FLS. .... PROC. N° .....                         |                              |
| PROFISSÃO .....                                  |                              | PROFISSÃO .....                                  |                              |
| FUNÇÃO .....                                     |                              | FUNÇÃO .....                                     |                              |
| LEGISLAÇÃO .....                                 |                              | LEGISLAÇÃO .....                                 |                              |
| LOCAL .....                                      | DATA .....                   | LOCAL .....                                      | DATA .....                   |
| ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR ..... |                              | ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR ..... |                              |

04

05

| DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR                                                                                          |                                                                         | CONTRATO DE TRABALHO                                                      |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------|
| GRUPO SANGÜÍNEO<br>FACTOR RH .....                                                                                     | DIABETE<br><input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO | HEMOFILIA<br><input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO | EMPREGADOR ..... |
| ALERGIAS<br><input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO                                               |                                                                         |                                                                           | COC/OP/CEI ..... |
| DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. n° 879, de 12 de julho de 1993)<br><input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |                                                                         |                                                                           | ENDEREÇO .....   |
| CARTEIRAS ANTERIORES                                                                                                   |                                                                         | MUNICÍPIO ..... UF .....                                                  |                  |
| NÚMERO ..... SÉRIE ..... UF ..... DATA DE EMISSÃO .....                                                                |                                                                         | ESP. DO ESTABELECIMENTO .....                                             |                  |
| DATA DA ANOTAÇÃO ..... ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR .....                                                |                                                                         | CARGO .....                                                               |                  |
| NÚMERO ..... SÉRIE ..... UF ..... DATA DE EMISSÃO .....                                                                |                                                                         | CBO N° .....                                                              |                  |
| DATA DA ANOTAÇÃO ..... ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR .....                                                |                                                                         | DATA DE ADMISSÃO ..... DE ..... DE .....                                  |                  |
| NÚMERO ..... SÉRIE ..... UF ..... DATA DE EMISSÃO .....                                                                |                                                                         | REGISTRO N° ..... FLS. / FCHA .....                                       |                  |
| DATA DA ANOTAÇÃO ..... ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR .....                                                |                                                                         | REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA .....                                            |                  |
| NÚMERO ..... SÉRIE ..... UF ..... DATA DE EMISSÃO .....                                                                |                                                                         | ASS. DO EMPREGADOR (VIA RECIBO) RETORNAR .....                            |                  |
| DATA DA ANOTAÇÃO ..... ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR .....                                                |                                                                         | DATA DE SAÍDA ..... DE ..... DE .....                                     |                  |
|                                                                                                                        |                                                                         | ASS. DO EMPREGADOR (VIA RECIBO) RETORNAR .....                            |                  |
|                                                                                                                        |                                                                         | COM. DISPENSA CD N° .....                                                 |                  |
|                                                                                                                        |                                                                         | FGTS N° DA CONTA .....                                                    |                  |

06

07



| CONTRATO DE TRABALHO                              |                   |
|---------------------------------------------------|-------------------|
| EMPREGADOR.....                                   |                   |
| COC/CP/CEI.....                                   |                   |
| ENDEREÇO.....                                     |                   |
| MUNICÍPIO.....                                    | UF.....           |
| ESP. DO ESTABELECIMENTO.....                      |                   |
| CARGO.....                                        |                   |
| CBO Nº.....                                       |                   |
| DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....             |                   |
| REGISTRO Nº.....                                  | FIS. / FICHA..... |
| REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....                     |                   |
| Ass. do Empregador ou Ato do Estabelecimento..... |                   |
| 1ª.....                                           | 2ª.....           |
| DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....                |                   |
| Ass. do Empregador ou Ato do Estabelecimento..... |                   |
| 1ª.....                                           | 2ª.....           |
| COM. DISPENSA CD Nº.....                          |                   |
| FGTS Nº DA CONTA.....                             |                   |
| 08                                                |                   |

| CONTRATO DE TRABALHO                              |                   |
|---------------------------------------------------|-------------------|
| EMPREGADOR.....                                   |                   |
| COC/CP/CEI.....                                   |                   |
| ENDEREÇO.....                                     |                   |
| MUNICÍPIO.....                                    | UF.....           |
| ESP. DO ESTABELECIMENTO.....                      |                   |
| CARGO.....                                        |                   |
| CBO Nº.....                                       |                   |
| DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....             |                   |
| REGISTRO Nº.....                                  | FIS. / FICHA..... |
| REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....                     |                   |
| Ass. do Empregador ou Ato do Estabelecimento..... |                   |
| 1ª.....                                           | 2ª.....           |
| DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....                |                   |
| Ass. do Empregador ou Ato do Estabelecimento..... |                   |
| 1ª.....                                           | 2ª.....           |
| COM. DISPENSA CD Nº.....                          |                   |
| FGTS Nº DA CONTA.....                             |                   |
| 09                                                |                   |

| CONTRATO DE TRABALHO                              |                   |
|---------------------------------------------------|-------------------|
| EMPREGADOR.....                                   |                   |
| COC/CP/CEI.....                                   |                   |
| ENDEREÇO.....                                     |                   |
| MUNICÍPIO.....                                    | UF.....           |
| ESP. DO ESTABELECIMENTO.....                      |                   |
| CARGO.....                                        |                   |
| CBO Nº.....                                       |                   |
| DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....             |                   |
| REGISTRO Nº.....                                  | FIS. / FICHA..... |
| REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....                     |                   |
| Ass. do Empregador ou Ato do Estabelecimento..... |                   |
| 1ª.....                                           | 2ª.....           |
| DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....                |                   |
| Ass. do Empregador ou Ato do Estabelecimento..... |                   |
| 1ª.....                                           | 2ª.....           |
| COM. DISPENSA CD Nº.....                          |                   |
| FGTS Nº DA CONTA.....                             |                   |
| 10                                                |                   |

| CONTRATO DE TRABALHO                              |                   |
|---------------------------------------------------|-------------------|
| EMPREGADOR.....                                   |                   |
| COC/CP/CEI.....                                   |                   |
| ENDEREÇO.....                                     |                   |
| MUNICÍPIO.....                                    | UF.....           |
| ESP. DO ESTABELECIMENTO.....                      |                   |
| CARGO.....                                        |                   |
| CBO Nº.....                                       |                   |
| DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....             |                   |
| REGISTRO Nº.....                                  | FIS. / FICHA..... |
| REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....                     |                   |
| Ass. do Empregador ou Ato do Estabelecimento..... |                   |
| 1ª.....                                           | 2ª.....           |
| DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....                |                   |
| Ass. do Empregador ou Ato do Estabelecimento..... |                   |
| 1ª.....                                           | 2ª.....           |
| COM. DISPENSA CD Nº.....                          |                   |
| FGTS Nº DA CONTA.....                             |                   |
| 11                                                |                   |





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045. Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 4421/2020 - Registrado em: 09/06/2020 às 16h 53min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 23/02/2020 às 17h 00min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

Logradouro: AVENIDA GENERAL ATAIDE TEIVE

Bairro: CAMBARÁ

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: 0000

CEP:

Tipo de local: VIA URBANA

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

MARCOS ANTONIO DA SILVA SOUSA(44), nascido(a) em 07/11/1975, sexo MASCULINO, solteiro(a), CPF Nº 745.924.163-68, País: BRASIL, natural de MONCAO-MA, filho(a) de BENEDITA LIMA DA SILVA SOUSA e , endereço: RUA LESTE, cep: 69317-348, Nº: 182, bairro: JARDIM EQUATORIAL, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, Telefone: (95) 99161-7811.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA UMA MOTOCICLETA DE PLACA NAS-9025, CHASSI Nº 9C2KC2220KR004850 E PROPRIEDADE DE N.N.A. SOUSA EIRELI, NA AVENIDA GENERAL ATAIDE TEIVE, BAIRRO CAMBARÁ, SENTIDO CENTRO, QUANDO CHEGOU NO SEMÁFORO FREOU BRUSCAMENTE PARA NÃO ULTRAPASSAR O SINAL VERMELHO E ACABOU CAINDO.

O MESMO FOI PARA CASA, HORAS DEPOIS SENTIDO MUITAS DORES NO JOELHO E MÃO ESQUERDA, FOI LEVADO POR FAMILIARES PARA O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA. NÃO HOUVE ATENDIMENTO DO SAMU E NEM DA PM. E O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLÍCIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

ROGERIO FERREIRA DA SILVA  
AGENTE DE POLÍCIA  
MATRÍCULA: 050069788  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

*Marcos A. Teves da Silva Sousa*  
MARCOS ANTONIO DA SILVA SOUSA  
COMUNICANTE

23/02/2020

... Guia de Atendimento 17 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral do Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação/Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Lugo  
WE  
Ferr

2001223622 23/02/2020 17:19:26 FICHA DE ATENDIMENTO - TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 31

Paciente: **MARCOS ANTONIO DA SILVA SOUSA** Data Nascimento: **07/11/1975** Idade: **44 A 3 M 16 D** CNS: **700604408963061** CPF: **74592416368** Prontuário  
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade  
**IDENTIDADE 213846 SSP/RR M UNIAO PARDA MONCAO - MA BRASILEIRA**  
Mãe: **BENEDITA LIMA DA SILVA SOUSA** Contato: **(95) 99161-7811**  
Endereço: **RUA - LESTE - 182 - CRUVIANA - BOA VISTA - RR** Ocupação:

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

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

**Dor em joelho E**

Anamnese de Enfermagem **Alergia a dipirona** GSC TOTAL  
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **17:30 h**)  
Paciente refere queda de moto há **± 6h** com muita dor em joelho E e **5º** dedo da mão E

Exame Físico  
Escoriações em antebraço E e dorso. Não consegue movimentar joelho E e **5º** dedo da mão E

Hipótese Diagnóstica

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

| PRESCRIÇÃO                           | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO |
|--------------------------------------|-------------|------------|
| Dipirona 1g IM SUSPENDER + Alergico  | SUSPENDER   |            |
| Diclofenaco 75mg IM SUSPENDER        | SUSPENDER   |            |
| Tilatil 40mg EV AGORA → 19h          |             |            |
| Hidroclorazina 20mg EV AGORA (19h)   | SUSPENDER   |            |
| Hidrocortisona 100mg EV 1 ampola 19h |             |            |

HOSPITAL GERAL DO RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Nova Planaltina, Tel. 31 2411 2422  
ALTO LUGO

Condução  
☐ Alta por Decisão Médica  
☐ Alta a Pedido  
☐ Alta a Revella  
☒ Transferência para: **Ortopedia**  
☐ Ambulatório  
☐ Observação (Até 24h)  
☐ Internação  
Data e Hora da Saída/Alta: **15 ABR 2020**

óbito  
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica: **1 1**

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: leandro  
Data Hora: 23/02/2020 17:20:36

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
RORAIMA

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Henry César  
Médico - 2154



2001223622



**EMERGÊNCIA**  
GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA  
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



**RECEITUÁRIO**

NOME:

*Marcos Antonio Da Silva*

*1 - Unio Intemas*

*1 - Orçun (6mg) - 01 Rx*

*01 box de 01 Rx*

*2 - diprom (5mg) - 01 Rx*

*01 box de 01 Rx*

DATA *23.02.20*

*Dr. O. Machado*

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.215-005 - Boa Vista - RR Fone: (0xx95) 2121 0611





GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME \_\_\_\_\_

RECEITUÁRIO

Retano

09/08/20

43h

Sala de parto  
dia 09 abril  
as 13:30

Leonardo

Dr. Leonardo Rabelo  
Ginecologia e Obstetrícia  
CRM-RR 1715 RQE 414

DATA \_\_\_\_\_

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA

Rua Coronel Mota, s/n - Centro - Boa Vista - RR  
CEP: 69.001-900 - Fone: (16) 3211-1234  
E-mail: contato@clmota.com.br





RECETUÁRIO  
NOME Marcos Antonio da Silva Souza

Paciente vítima de acidente de trânsito  
com fratura em pelvis e na  
no dia 23/02/20  
Ter lesões de pele típicas

dois

Em tratamento contínuo

Sugiro afastamento de suas atividades

laborais por 120 dias

DATA 26/03/20

Dr. Leonardo Rabelo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1719 RQR 613

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro-São Vito RR  
CER: 69.201-150 - CNPJ 84.013.498/0001-08  
Telefone 2121 7474





GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Marcos Antônio do Silveira Souza RECEITUÁRIO

Solicitado Fisioterapia Joelho (E)

Tratamento de ADL

Analgesia

fortalecimento

início correto após 19/04/20

do xerô

HD. fix de placa sem dano

Dr. Leonardo Rabelo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RS 1745 RQE 34

DATA 09/04/20

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Pires 630 - Centro-São José do Rio Preto  
CEP: 13.901-180 - CNPJ: 04.018.428/0001-98  
Telefone: 2191 7424



## SINISTRO 3200223721 - Resultado de consulta por beneficiário

---

**VÍTIMA** MARCOS ANTONIO DA SILVA SOUSA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** CN CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS

EIRELI - Matriz

**BENEFICIÁRIO** MARCOS ANTONIO DA SILVA SOUSA

**CPF/CNPJ:** 74592416368

**Posição em 04-09-2020 10:12:01**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

