

17
Q**SUBSTABELECIMENTO**

Substabeleço, com reservas de estilo, em favor de Dra. VLÁDIA ARAÚJO MAGALHÃES - brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE nº 8.622, Dr. JOSÉ AMÉRICO CATUNDA TIMBÓ - brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB nº 1.655, Dra. TICIANA M. TIMBÓ QUEIROZ, brasileira, advogada inscrita na OAB nº 19.251 e Dr. CLAUDIO PACHECO CAMPELO - brasileiro, solteiro, estagiário de Direito, portador do CPF 033.738.453-35, com endereço nesta Capital, na Av. Antônio Sales 1516, sala 04/08, Dionísio Torres, CEP 60.135-101, os poderes que me foram conferidos por MASSILON ALEXANDRE PEREIRA para fins de ação de cobrança de seguro DPVAT.

Fortaleza, 22 de maio de 2012.



PAULO RICARDO MARINHO TIMBÓ

OAB/CE : 15.285

CE-0002

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: MASSILON ALEXANDRE PEREIRA		Nacionalidade: Brasileira	
Residência: SÍTIO ALAGOA		Profissão: Agricultor	
CPF: 957.456.293-04 RG Nº: 2007279009-6 SSP/CE		Estado Civil: casado	
Bairro: Zona Rural	Cidade: Pedra Branca	Bairro: Zona Rural	Cidade: Pedra Branca

OUTORGADO: PAULO RICARDO MARINHO TIMBO, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 15.285, com escritório na Av. Antônio Sales, 1516, sala 04, Dionísio Torres, CEP: 60.135-101, em Fortaleza-CE.

PODERES: O Outorgante confere ao Outorgado amplos e ilimitados poderes, com a cláusula "AD JUDICIA" e "AD NEGOCIA" para o fóro em geral, especialmente para, onde com esta ou certidão desta se apresentar, defender o Outorgante e seus interesses, propondo cobrança Administrativa e /ou judicial de Seguro DPVAT, podendo interpor Ação Judicial de Cobrança de Seguro DPVAT, recorrer, peticionar, indicar e nomear prepostos, receber intimações (inclusive para audiências), transigir, passar recibos e dar quitação, fazer acordos, levantar numerários depositados em juízo, assinar documentos, tudo que se fizer necessário para o fiel cumprimento de suas obrigações, podendo inclusive, substabelecer com ou sem reservas de poderes: por tais serviços, Outorgante pagará ao Outorgado o equivalente a 20% da quantia total recebida na cobrança (administrativa e/ou judicial) do seguro DPVAT, independentemente dos honorários advocatícios sucumbenciais arbitrados em juízo. A presente procuração é passada de forma irrevogável e irretroatável.

Pedra Branca - CE 30 de Setembro 2010.

x

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Nome: MASSILON ALEXANDRE PEREIRA		Nacionalidade: Brasileira	
Residência: SÍTIO ALAGOA		Profissão: Agricultor	
CPF: 957.456.293-04 RG Nº: 2007279009-6 SSP/CE		Estado Civil: casado	
Bairro: Zuna Rural	Cidade: Pedra Branca	Estado: Ceará	Cep: 63.630 - 000

DECLARA, com fundamento no artigo 1º da Lei nº 7.115/83, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos legais, as informações e declarações constantes no processo judicial e, também, ser pobre na acepção jurídica do termo (na forma da lei), enquadrando-se na concessão prevista na Lei nº 1060/50 e posteriores alterações, pois sua 'situação econômica' não lhe permite pagar as 'custas' e demais 'despesas' do processo e os honorários de advogado 'expert' sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

Pedra Branca - CE 30 de Setembro de 2010 .



X



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 957.456.293-04

Nome da Pessoa Física: MASSIOM ALEXANDRE PEREIRA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Este documento não substitui o "Comprovante de inscrição no CPF".

Comprovante emitido às: **10:17:34** do dia **14/12/2010** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **8DED.AB82.B105.97F4**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da
Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

21
Q

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - D. P. I.
UNIDADE DE POLÍCIA CIVIL DE PEDRA BRANCA - CEARÁ - (88) - 3515-4717

BOLETIM DE OCORRÊNCIA B.O.		
Nº OCORRÊNCIA: 552/2010	DATA: 27 de maio de 2010	FONE:
Nome: MASSILON ALEXANDRE BEZERRA.		
Filiação: Manoel Alexandre Pereira e Raimunda Mendes Pereira.		
Endereço: Sítio Livramento, Zona Rural de Pedra Branca CE.		
R.G.: 2007279009-6 SSPDS	C. P. F.: 957.456.293-04	
Local da Ocorrência: Sítio Livramento-Pedra Branca - Ce.		
Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO. .		
HISTÓRICO: Afirma a declarante QUE: No dia 31 de janeiro de 2010, por volta das 11h30min afirma conduzia a motocicleta HONDA/ NXR 150 BROS ES, PLACA HYS 3695 Pedra Branca CE, ANO/MOD 2007/2008, COR PRETA, CHASSI 9C2KD03308R015572, RENAVAM 942961641, licenciado no nome de Gilmar do Nascimento da Silva; QUE vinha no Sítio acima mencionado quando deparou-se com um barranco de terra no meio da estrada, colocado pelos funcionários da Coelce, onde a estrada estava interditado; QUE o mesmo ao perceber não conseguindo desviar veio a cair, tendo sofrido fratura na Clavícula direita, atingindo os nervos do mesmo membro; QUE foi socorrido para o Hospital local, onde recebeu tratamento especializado; QUE podem servir como testemunhas as pessoas de Antonio Raimundo Moreira Costa, RG: 53.667.015-8 e José Greilton Vieira Costa, RG: 2004021074-970, ambos residentes no Sítio Livramento. NADA MAIS DISSE.		
 Dr. Carlos Teixeira Teófilo Delegado Mat. 198384-1-2		 Massilon Alexandre Pereira Noticiante

INFORMAÇÃO FALSA PRESTADA À POLÍCIA É CRIME (ART. 340, DO C.P.B.)

Prefeitura Municipal de Pedra Branca Secretaria Municipal da Saúde - SIA / SUS Boletim de Atendimento Ambulatorial						SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	
Nome do Paciente						C.P.	
MASSILAN, Alexandre Pereira							
EMERGÊNCIA	IDADE	COR	SEXO	ESTADO CIVIL	NACIONALIDADE	NATURAL	OCCORRÊNCIA Nº
	34	M	M	C			
RESIDÊNCIA						TELEFONE	
STº Obitório							
CÓDIGO PROCED.	ATENDIMENTO			DATA	HORA		
				31.01.10	11:55		
QUEIXA PRINCIPAL E RESUMO DA DOENÇA							
Doença com quadro de febre alta e tosse persistente							
D. DOS CLÍNICOS				DIAGNÓSTICO			
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA					
MA/MINIMA	AUXILIAR	RETAL					
120/80							
TRATAMENTO				EXAMES COMPLEMENTARES			
① STº-5/1000 Observação suave				Eufórico			
MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO				DESTINO DADO AO PACIENTE			
Rx Ambrona A Rx cimen A				☐ RESIDÊNCIA ☒ INTERNADO ☒ TRANSFERIDO PARA: ☐ ÓBITO AS HORAS, APÓS CHEGADA ☐ ÓBITO EM TRATAMENTO ☒ LICENÇA DIAS			
OUTROS PROCEDIMENTOS				DIAGNÓSTICO DEFINIDO			
Transfusão				Dr. Carolina Maria Lemos DIRETORA GERAL HUSS CPF nº 4478-705-677-221233333			
ASSINATURA DO PACIENTE				ASSINATURA DO MÉDICO			



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - D.P.I.
15ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SENADOR POMPEU-CE

C E R T I F I C A D O

JOSÉ MAXDELLY MINEIRO DE CARVALHO, Escrivão
de Polícia Civil, matrícula nº 198.314-1-8, em exercício
na Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador
Pompeu-CE, no uso de suas atribuições legais, etc...

C E R T I F I C A, para os devidos fins e efeitos legais, que no BO nº 552/2010
noticiado no dia 27 de maio de 2010 na Unidade Policial de Pedra Branca, onde se lê
MASSILON ALEXANDRE BEZERRA, na verdade é MASSILON ALEXANDRE
PEREIRA.

O referido é verdade. Dou fé.

Pedra Branca- CE, 16 de junho de 2010.

José Maxdelly Mineiro de Carvalho
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 198314-1-8

24
0

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: MASSILON ALEXANDRE PEREIRA NÚMERO DO SINISTRO: _____

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 31-01-10 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 31-01-10

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: Edson de Naves - 8222-CE

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:
- polidiverticulose
- lesão do plexo Braquist

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):
tratamento: médico

EXISTE ALGUM DEFÉITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER: _____

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º	Lesão do plexo Braquist direito (A) com
2º	perda das funções do membro superior direito
3º	irreversível com incapacidade permanente
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 26-05-10 A 26-05-10
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Pedro Branca 26, 05, 10 _____
LOCAL DATA ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Pedro Branca 26, 05, 10 _____
LOCAL DATA ASSINATURA DA VÍTIMA

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ
DECLARAÇÃO DO MÉDICO (PRÓPRIO PUNHO)

NOME COMPLETO DA VITIMA:

MARCELON ALEXANDRE PEREIRA

DATA DO ACIDENTE:

31-01-10

DATA DA INTERNAÇÃO:

31-01-10

TRATAMENTO CIRURGICO OU CONSERVADOR REALIZADO NO PACIENTE:

Tratamento conservador

PERIODO DE PERMANENCIA HOSPITALAR:

1 dia

APÓS A ALTA HOSPITALAR, QUAIS OS OUTROS TRATAMENTO REALIZADO NO PACIENTE: EX: TROCA DE GESSO, RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE, FISIOTERAPIA, ETC.

Fisioterapia

DATA DA ALTA DEFINITIVA:

05-05-10

Pedro Basso
LOCAL

26/01/10
DATA

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO

ASSINATURA DA VITIMA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA SIA - SUS - Secretaria de Saúde		FICHA DE REFERÊNCIA		1- PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS. 2- AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO ORIENTANDO-O PARA RETORNAR COM A 1ª VIA À UNIDADE DE ORIGEM.
CIDADE DE ORIGEM M. U. S. S.				
DISTRITO SANITÁRIO 8ª CREL			MUNICÍPIO	
NOME WILLIAM ROBERTO PEREIRA			PRONTUÁRIO Nº	
EXO ☒ M ☐ F	DATA DO NASCIMENTO 20/05/1975		OCUPAÇÃO	
ENDEREÇO ST. LUTHERO		BAIRRO	TELEFONE	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO Paciente vítima de queda de vista há 3 meses. No exame característico positivo de clareamento. Examinando com dor que U.S.D. + perda funcional do membro, presença de pro bleia.				
CONDUTA JÁ REALIZADA				
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: lesão do plexo braquial.				
ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO		FUNÇÃO	DATA	HORA
AGENDAMENTO				
ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: ☒ AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☐ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO				
PROCEDIMENTO consulta em ortopedia		PROFISSIONAL Carlos Roberto Pereira		
UNIDADE DE REFERÊNCIA		DATA	HORA	
FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA(*)				
UNIDADE DE REFERÊNCIA				
MUNICÍPIO		PRONTUÁRIO Nº	ALTA	
RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO				
RESULTADO DE EXAMES				
DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL				
SECUNDÁRIO 1				
SECUNDÁRIO 2				
DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL				
PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO				
O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM ☐ NÃO ☐ O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM ☐ NÃO ☐				

Sistema Único da Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL fls. 1/2	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE(SOLICITANTE) 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE(SOLICITANTE) HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 2 - CNES 2497654			
1 - NOME DO PACIENTE MASSILON ALEXANDRE PEREIRA			
3 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8480012706662389		4 - Nº DO PRONTUÁRIO 523285	
5 - NOME DA MÃE RAINUNDA MENDES PEREIRA		6 - DATA DE NASCIMENTO 24/05/75	
7 - SEXO Masc. ☒ Fem. ☐		8 - RAÇA/COR ☐	
9 - NOME DO RESPONSÁVEL RAIMUNDA MENDES PEREIRA		10 - TELEFONE DE CONTATO 86390666	
11 - ENDEREÇO, RUA, Nº, BAIRRO SÍTIO LIVRAMENTO		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA PEDEIRA BRANCA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO CE	
15 - Cód. do PROCEDIMENTO PRINCIPAL 02070200027		16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL RM de PLEXO BRANCA D	
17 - Cód. do PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 		18 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 	
19 - Cód. do PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 		20 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 	
21 - Cód. do PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 	
23 - Cód. do PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 		24 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 	
25 - Cód. do PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 		26 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 	
27 - Cód. do PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 	
29 - Cód. do PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 		30 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 	
31 - Cód. do PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 		32 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 	
33 - Cód. do PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 		34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S) 35 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO Lesão de Trauma			
36 - CID10 PRINCIPAL M25.9		37 - CID10 SECUNDÁRIO 	
38 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS 		39 - OBSERVAÇÕES PACIENTE VITIMA de Acidente de Moto X TRAUMATISMO OMBILICO DIREITO.	
SOLICITAÇÃO 40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Roberto Cidrão Moraes			
41 - DATA DA SOLICITAÇÃO 23/04/75		42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Roberto Cidrão Moraes CRM 144.973-4	
AUTORIZAÇÃO 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 			
44 - Cód. Órgão Emissor 2497654		45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 	
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 		47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
48 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE 		49 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC 	

28
6



ESTADO DO C
SECRETARIA DA SA



SERVICO DE RADIOLOGIA

NOME DO PACIENTE:	Masilton Alexandre Pereira
IDADE:	34a.
CLINICA:	
PRONTUARIO:	
MOTIVO DO EXAME:	
EXAME REALIZADO:	
MEDICO:	Dra. Leina
DATA:	19/05/10

US Ombro Direito

Presença de líquido envolvendo o cabo longo bicipital.

Supra e Infra-espinhais aparentemente íntegros (dificuldade técnica para realização do exame devido a lesão do flexo braquial).

Dr. Macassari

29
Q

Nome: _____
Data: ____/____/____
Vº: _____

Secretaria do Estado da Ceará
Secretaria de Saúde - SESA
HOSPITAL
GERAL
DE FORTALEZA



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

Governo do Estado da Ceará
Secretaria de Saúde - SESA

HOSPITAL
GERAL
DE FORTALEZA
C.N.P.J.: 07954571/0014-29

19/05/13
84
A

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: **MASSILON ALEXANDRE PEREIRA**
Idade: **34** Sexo: ☒ M ☐ F Cor: ☐ B ☒ P ☐ A Peso: _____ Altura: _____ Clínica: **ORT** Enf.: _____ Leito: _____

Material a examinar:

Coluna Cervical - Ombro D - Clavícula D

- Exames Solicitados:
- 01 - Rx da coluna cervical em AP/PA
 - 02 - Rx do ombro direito em AP/AXIAL
 - 03 - Rx da clavícula D em AP.

23/04/2013
Data

Dr. Carlos Roberto Lúcio de Moraes
CREMEC 1446 - C.R.O.T. - 1986
Carimbo e Assinatura do Médico

4

Nome: _____

Data: ____/____/____

Idade: ____

Sexo: ☐ M ☐ F

Cor: ☐ B ☒ P ☐ A

Peso: ____

Altura: ____

Clinica: ORT

Enf.: ____

Leito: ____



Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Saúde - SESA

HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

C.N.P.J.: 07964571/0014-29

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: **MASSIRON ALEXANDRE PEREIRA**

Idade: ____

Sexo: ☒ M ☐ F

Cor: ☐ B ☒ P ☐ A

Peso: ____

Altura: ____

Clinica: ORT

Enf.: ____

Leito: ____

Indicação do Exame: **Sequestro de Tórax**

Material a examinar: **Ombro Direito**

Exames Solicitados: **US do ombro direito**

23/04/2010



Carimbo e Assinatura do Médico

para Lince
19/05/10 FHC

 PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA SIA - SUS - Secretaria de Saúde		FICHA DE REFERÊNCIA		1- PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS 2- AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO ORIENTANDO-O PARA RETORNAR COM A 1ª VIA A UNIDADE DE ORIGEM.
UNIDADE DE ORIGEM				
DISTRITO SANITÁRIO		MUNICÍPIO		PRONTUÁRIO Nº
NOME		OCCUPAÇÃO		TELEFONE
SEXO	DATA DO NASCIMENTO	BAIRRO		
ENDEREÇO				
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO				
RESULTADO DE EXAMES				
CONDUTA JÁ REALIZADA				
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA				
AGENDAMENTO				
ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:				
PROCEDIMENTO				
UNIDADE DE REFERÊNCIA:				
FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)				
UNIDADE DE REFERÊNCIA		MUNICÍPIO		PRONTUÁRIO Nº
RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO				
RESULTADO DE EXAMES				
DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL				
SECUNDÁRIO 1				
SECUNDÁRIO 2				
DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL				
PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO				
O PROBLEMA JUSTIFICA A REFERÊNCIA? SIM ☐ NÃO ☐				
O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM ☐ NÃO ☐				
ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO				
FUNÇÃO				
DATA				

*Preencher também como resumo de alta

Gráfica Alegria



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA
SIA - SUS - Secretaria de Saúde

FICHA
DE
REFERÊNCIA

1- PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS
2- AO TERMINAR A CONSULTA OU TRA-
TAMENTO, ENTREGAR 2 VIAS AO USUA-
RIO ORIENTANDO-O PARA RETORNAR
COM A 1ª VIA A UNIDADE DE ORIGEM.

UNIDADE DE ORIGEM

H.M.S.S

DISTRITO SANITÁRIO

8ª CREAS

MUNICÍPIO

P. Branca

NOME

Wendell Alexandre Pereira

PRONTUÁRIO Nº

SEXO

M ☒ F ☐

DATA DO NASCIMENTO

24/5/75

Ocupação

ENDEREÇO

Sítio harmonia

BAIRRO

TELEFONE

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Paciente vítima de queda de mata há 3 meses evoluindo
com pleio praxial de M.S.F

RESULTADO DE EXAMES

CONDUTA JÁ REALIZADA

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Lesão de pleia braquial?

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:

☒ AMBULATORIAL

☐ HOSPITALAR

☐ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

Neuromiografia

PROFISSIONAL

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

DATA

HORA

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA(*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA

MUNICÍPIO

PRONTUÁRIO Nº

ALTA

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO

RESULTADO DE EXAMES

DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL

SECUNDÁRIO 1

SECUNDÁRIO 2

CID:

CID:

CID:

DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

3 PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM ☐ NÃO ☐

O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM ☐ NÃO ☐

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Polígono Direito

Não Alfabetizado(a)

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VIAJEM EM DIÁRIA - TERMO: 11/07/2013

REGISTRO GERAL 2007279009 - 5 DATA DE EMISSÃO 06/04/2009

NOME MASSILON ALEXANDRE PEREIRA

FILIAÇÃO MANOEL ALEXANDRE PEREIRA RAIMUNDA MENDES PEREIRA

NATURALIDADE PEDRA BRANCA - CE DATA DE NASCIMENTO 24/05/1975

DOC. ORIGINAL CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 3105 FOLHA: 501 LIVRO: 810/39 PEDRA BRANCA - CE

CPF RG: ANT: 228510692 P: 118

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 09/06/2006

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Superintendência Nacional de Identificação

CPF

456 293 04

MANOEL ALEXANDRE E. PEREIRA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Cartão de uso pessoal e intransferível.

Deve ser apresentado junto com um documento de identificação.

04/01/2001

CORREIO