



ELIANE SILVA
Advocacia

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Manoel Bezerra de Lima,
brasileiro, estado civil: Casado, profissão
advogado, portador do RG: 2016028940, OAB/CE
episditor Behan - CE CPF: 458.542.383 - 49, com
endereço Rua Capistrano de Abreu, Canalavel SP.

OUTORGADO: **ELIANE BARBOSA SILVA**, brasileira, Advogada OAB/CE 27.940, inscrita no CPF Nº 85994898368, com endereço profissional na Rua Marcionílio Gomes de Freitas, s/n, centro, Senador Pompeu/CE, onde recebe intimações.

PODERES: Por este instrumento o outorgante supra qualificado nomeia e constitui a outorgada acima identificada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe amplos poderes para o foro em geral, com clausula "Ad-judicia Et Extra", para agir em qualquer juízo, instância e tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para requerer em juízo ou fora dele como também confessar, desistir, renunciar ao direito a que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, transigir, representar o mesmo perante órgãos públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, receber cheques decorrentes de condenação judicial, além de outros não expressamente constantes neste mandato. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reserva, dando tudo por bom, firme e valioso para o fiel cumprimento deste mandato.

Senador Pompeu-CE, de Dezembro de 2019
MANOEL BEZERRA DE LIMA
Outorgante

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu Manoel Bezerra de Lima, brasileiro(a),
 estado civil casado, profissão agricultor,
 natural de Senador Pompeu, estado Ceará
 nascido aos 14/05/1972, filho de Antonio de Lima,
Maria Socorro de Lima,
 portador(a) do RG nº 20162028940 Órgão Expedidor
Detran-CE, CPF nº 458.542.383 - 49, **DECLARO** conforme
 artigo 1º, da Lei 7.115/83, que resido no seguinte endereço:
Rua Capistrano de Abreu nº 51, Paracora - SP-CE

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Senador Pompeu - CE., 27 de Dezembro de 20 19.

Manoel Bezerra de Lima
DECLARANTE

DECLARAÇÃO
(LEI Nº 1.060/50)

Eu Manoel Bezerra de Lima,
Profissão Agricultor,
CPF: 458.542.383-49, RG: 20162928940, residente e
domiciliado(a) à Rua Cipotegua de Alencar
Bairro: Caralora cidade Senador Pompeu, Estado: Ceará,
declaro para os devidos fins de direito e sob as penas da lei que não possuo
condições financeiras de arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo de
manutenção própria e de minha família, nos termos da lei 1.060/50 e alterações
supervenientes.

Senador Pompeu-CE 27 de 12 2019

Manoel Bezerra de Lima
DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
DIRETORIA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDADE EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
1290005732

NOME
MANOEL BEZERRA DE LIMA

DOC. ENTIDADE / ORG. EMISSOR DE
20162028940 SSPDS CE

CPF
458.542.383-49

DATA NASCIMENTO
14/05/1972

FILIAÇÃO
ANTONIO DE LIMA
MARIA SOCORRO DE LIMA

PERMISSÃO
ACC
CATANAS
A

Nº REGISTRO
93253547301

VALIDADE
04/08/2021

1ª HABILITAÇÃO
03/06/1997

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

Manoel Bezerra de Lima

LOCAL
QUIXADA, CE

DATA EMISSÃO
16/08/2016

81199685345
CE154877425

ASSINATURA DO EMISSOR
IGOR VASCONCELOS PONTE

DETALHES DO DOCUMENTO

PROBADO PLASTIFICAR
1290005732

VITIMA 2



Nº de Inscrição:

00000000

DADOS DO CLIENTE

Nome: VITOR HANDEL ALVES DE LIMA

End. Entrega: RUA CARISTRINO DE ABEU, 51, CENTRO

Cidade: FORTALEZA

CEP: 63000-000

End. Entrega:

Cidade:

Local:

Setor: 000

Quilômetro: 0100

Lote: 0100

CEP:

Código: 0000

CONDIÇÕES

Residência:

Comercial:

Industrial:

Pública:

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço:

Medidor:

Leitura Anterior:

Leitura Atual:

Volume (m³):

Data:

Data:

Data:

Data:

Data:

Data:

DATAS

Leitura Anterior: 11/08/2018

Leitura Atual: 11/08/2018

Leitura Água: 0000100

Leitura Anterior: 11/08/2018

Leitura Atual: 11/08/2018

Leitura Água:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras:

Cloro:

Turbidez:

Cor:

Condutividade Total:

Escherichia Coli:

Fósforo:

Fósforo:

Fósforo:

Fósforo:

Fósforo:

Fósforo:

Amostras:

Amostras:

Amostras:

Amostras:

Amostras:

Amostras:

Em conformidade:

Em conformidade:

Em conformidade:

Em conformidade:

Em conformidade:

Em conformidade:

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONSTATAMOS DÉBITO DE R\$ 25,42. Caso não seja considerado, por favor, acessar o aplicativo da ARCE na Play Store e baixar o aplicativo da ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição:

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

Valor (R\$):

SINISTRO 3190291993 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MANOEL BEZERRA DE LIMA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO MANOEL BEZERRA DE LIMA**CPF/CNPJ:** 45854238349**Posição em 27-12-2019 11:13:04**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/05/2019	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



Impresso nº 201941651

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 76 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/01/2019 15:18:53**
Data / Hora da Ocorrência: **08/10/2018 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CARLOS JEREISSATI**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO A CADEIA PUBLICA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MANOEL BEZERRA DE LIMA**
Nascimento: **14/05/1972** CPF: **458.542.383-49**
CARTEIRA DE RESERVISTA: Orgão Emissor: UF:
974208G
Filiação: **MARIA SOCORRO DE LIMA**
ANTONIO DE LIMA
Endereço: **RUA CAPISTRANO DE ABREL, 51**
Bairro: **CARACARA**
Município: **SENADOR POMPEU/CE** CEP: **63.600-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NVE5880** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi:
9C2JC4110AR017625 Renavam: **306912295** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **MARIA LINDOMAR GUILHERME DA SILVA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma a vítima, advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção que NA Hora, dia, e local informado, estava conduzindo sua motocicleta acima mencionada, estava vindo próximo a Cadeia Pública de Senador Pompeu, vinha um rapaz de bicicleta na contramão ao tentar desviar não conseguiu pois já estava muito perto e bateu com o seu veículo na bicicleta, que a vítima ficou desacordado no local do acidente e foi socorrido pelo SAMU da Cidade e só veio retornar no outro dia; Que a vítima informar que sua esposa falou que a vítima tinha levado uma forte pancada na cabeça e tinha ficado desacordado e em seguida tinha sido transferido para o IJF de Fortaleza; Que a vítima passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO; Que apresenta como testemunhas, o senhor FERNANDO SOMBRA DA SILVA e a Senhora, FRANCISCA MARIA BEZERRA ALVES DE LIMA conforme documentação anexa; E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARA**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

**Impresso nº 201941651****BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 76 / 2019****DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****DENYZE SANTANA DE LEMOS - MAT.: 30119134****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x**

FOLHA DO ATO DECLARATÓRIO

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 03/10/19

HORÁRIO: 18.10

ATENDIMENTO Nº: 21

DADOS DO PACIENTE:

NOME: MARCEL BEZERRA DE LIMA
SEXO: M DATA NASCIMENTO: 14/07/73 IDADE: 46 ESTADO CIVIL: casado
MÃE: Maria Rosa de Lima SUS: _____
NATURALIDADE: SENADOR POMPEU PROFISSÃO: Mala Taxa
ENDEREÇO: R. do Carmo, s/nº BAIRRO: CARA CARA CEP: 63600-000
CIDADE: Senador Pompeu ESTADO: CE TELEFONE: _____
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PA: X mmHg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ lpm T: _____ °C PESO: _____ Kg GLS: _____ HGT: _____ Alergia: _____

QP: Arterial 140/90
HDA: paciente com queixa de dor no peito, febre, tosse e dificuldade para respirar, com sinais de desidratação e hipotensão.

DIAGNOSTICO: ICC em estágio avançado.

PRESCRIÇÃO: 1. 500mg de Furosemida 1x1
2. 100mg de Digoxina 1x1
3. 100mg de Clopidogrel 1x1

Carimbo Ass. do Médico

Dr. Fernando Higor F. Fernandes Vieira
CRM - 12721

Ass. do Técnico(a)

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM

CONFERIR COM ORIGINAL

27/10/2019

MHS

UNPJ 07 802 697/0002-44

Francisca Maria Bezerra Almeida de Lima

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL



Uma história vivida dedicada à vida.
Apoio à Gestão em Saúde

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu -CE



0301500012

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 11/10/18 HORÁRIO: 17:10 ATENDIMENTO Nº: 63

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Manoel Bezerra de Lima
SEXO: M. DATA NASCIMENTO: 14/05/42 IDADE: 46 A ESTADO CIVIL: casado
MÃE: Maria Sacramento de Lima SUS: _____
NATURALIDADE: Salvador BA PROFISSÃO: apicultor
ENDEREÇO: R. Capim de Abreu BAIRRO: Paraíso CEP: 63000-000
CIDADE: Sen. Pompeu ESTADO: CE TELEFONE: _____
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PA: 150 X 100 mmHg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ ipm T: _____ °C PESO: _____ Kg GLS: _____ HGT: _____ Alergia: _____

QP: Capim de Abreu
HDA: da casa de Manoel de Lima

DIAGNOSTICO: As Lú.

PRESCRIÇÃO: Amoxicilina 500mg 12/5

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM: _____

Carimbo Ass. do Médico

CRM - 14721
MÉDICO

CONFERE COM ORIGINAL

29/10/18
Responsável SAME
MHS
CNPJ nº 002.867.000/02-44

Ass. do Técnico(a)

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

INSTITUTO
COMPARTILHA
SANTAC
Uma história única dedicada à vida.
Apoio à Gestão em Saúde

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu -CE

MATERNIDADE HOSPITAL
SANTA ISABEL
SENADOR POMPEU -CE

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 08/10/2018 22:41:33	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 708002832132723	NOME: MANOEL BEZERRA DE LIMA				Registro: 5584159		
CPF: 45854238349	RG: 129005732	D. NASC: 14/05/1972	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Amarela		
NOME DA MÃE: MARIA SOCORRO DE LIMA				NOME DO PAI: ANTONIO DE LIMA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: CAPISTRANO DE ABREU		Nº: 51	BAIRRO: CARACARA			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 999527103	MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU	UF: CE	CEP: 63600000			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: francisca maria /SAMU USB 67 CONDUCTOR LAZARO WILK		PARENTESCO: esposa			TELEFONE: 999527103		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:				
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um veículo a pedal							
QUEIXAS: COLISAO MOTO/BICICLETA APRESENTANDO OTORRAGIA MD + LACERAÇÃO FRONTAL+PERDA DE INCOINSCIENCIA							
OBSERVAÇÕES: TCE/HISTORIA DE INCOINSCIENCIA							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese: Paciente vítima de acidente moto-bicicleta = 1ª vítima							
Apresentar síncope, lesões físicas extensas. Refere apatia							
Exame Físico: Tem DRC - sem lesões							
ECG: 14 - sem alterações							
Conduta: TC de crânio 1Rx 12x							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 08/10/18		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: Suzanna Araújo T. Barbosa Hematologia/Hemoterapia CRM 10820					

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: <u>Neuro</u>		Data: <u>/ /</u> às <u>: </u> h
CONDUTA:		ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:
PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: <u>B.M.F.</u>		Data: <u>21/11</u> às <u>18:30</u> h
CONDUTA:		ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:
PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE:		Data: <u>/ /</u> às <u>: </u> h
CONDUTA:		ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:
PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE:		Data: <u>/ /</u> às <u>: </u> h
CONDUTA:		ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:
PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE:		Data: <u>12/18</u> às <u>07:00</u> h
CONDUTA:		ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:
PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO
1. Dizeria para		
2. Dizeria para 2712me An 16/64 u de		
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		Sinais Vitais/MT (h) SN(h)
		P.A:
		T:
		FC:
		FR:
DESTINO – TRANSFERÊNCIA / ALTA		
☐ Transferência ☐ Internação ☐ Alta Médica ☐ Alta à pedido ☐ Evasão		
Data: <u>/ /</u> às <u>: </u> h Ass./Carimbo Médico:		
OBITO		
Antes dos Primeiros Socorros: ☐ Sim ☐ Não		Data: <u>/ /</u> às <u>: </u> h
Destino do corpo: ☐ PEFOCE ☐ SVO ☐ FAMÍLIA(D.O) Ass./Carimbo Médico:		

PM 000020 - Versão 2 - 09/02/2018 - 1 Via - Formato A4 (210x297)
Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará, Brasil .



PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU

Secretaria de Saúde e Saneamento

SUS - Sistema Único de Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA

Nome: Yanir Bezerra de Lima

Sexo: M Idade: 46 Profissão: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: Yara Bezerra de Lima

Unidade Adscritiva: Nu. Esportivo e Rec. Com.

Agente de Saúde: Yara B. Costa

Encaminhado do(a): 1258 de Carmo

Para: ORL

Motivo do Encaminhamento:

DD: Hipertensão arterial (D)

 Prop. a (Pai)

 Encaminhamento

 Função

Data 9 / 11 / 19

CONTRA REFERÊNCIA OU CONDUTA REALIZADA
 (Solicitamos o envio desta pelo Motorista ou pelo Paciente)

Nome: _____

Procedimentos: _____

Data / /

Consultante

"SAÚDE DIREITO QUE SE CONQUISTA. DEVER DO ESTADO"



GUIA DE TRANSFÊRENCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DISTRITO SANITÁRIO: 8ª CREAS MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU - CE

NOME: Marcos Roberto de Lima

TEL.:

SEXO: M (+) F () IDADE: 41 OCUPAÇÃO:

CEP: 63600-000

ENDEREÇO: BAIRRO:

CIDADE: Sen. Pompeu

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

At. Voluntária de Saúde Mental com Suicídio Embragado: com luto
cardiopatológico no Porto Esquerdo; Hemiplegia D. Paralisia Respiratória

RESULTADO DO EXAMES

Exames: 1-3 exames de sangue, urina, BCG, Sina 99 no Ambulatório, 1-2-10
Exames: 1-2-10

CONDUTA JÁ REALIZADA:

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

ICG Melhora / Obusado

ASS. DO ENCAMINHANTE REG.

FUNÇÃO

DATA

HORA

Dr. Fernando Higor F. Fernandes Vieira

CRM - 12721

MÉDICO

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:

AMBULATORIAL ()

HOSPITALAR ()

AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ()

PROCEDIMENTO: IC de Cerebro / Conduta Especializada DATA: 03/10/18

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Unidade Especializada DATA: 03/10/18 HORA: 10h

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA

MUNICÍPIO

PRONTUÁRIO Nº

ALTA

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO

RESULTADO DE EXAMES

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

SECUNDÁRIO 1

SECUNDÁRIO 2

CONDUTA REALIZADA

CID

CID

CID

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM () NÃO ()

O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM () NÃO ()

ASS. DO ENCAMINHANTE REG.

FUNÇÃO

DATA

HORA

UTILIZAR TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA

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.