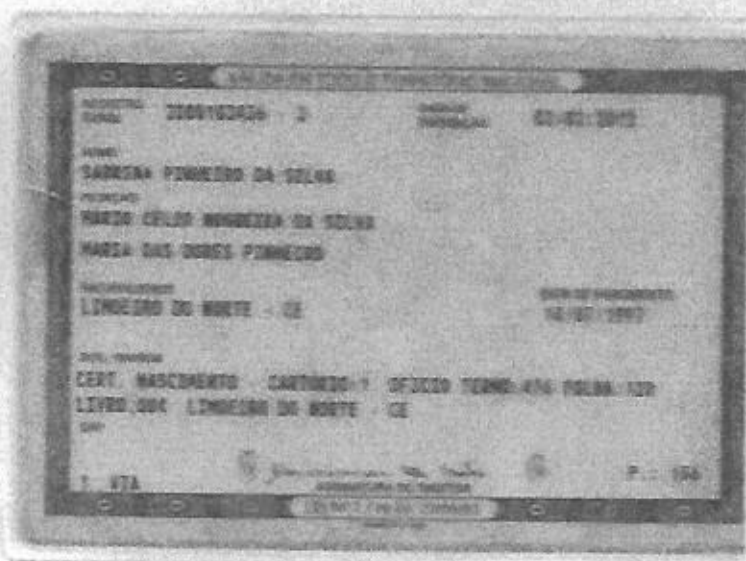






Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 572975097

Companhia Energetica do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

**MAI/2019**

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

|                     |          |
|---------------------|----------|
| Nº DO CLIENTE       |          |
| <b>1409630</b>      | <b>7</b> |
| VENCIMENTO          |          |
| <b>14/05/2019</b>   |          |
| VALOR A PAGAR (R\$) |          |
| <b>50,42</b>        |          |

#### DADOS DO CLIENTE

Rota 03 025060 07 0403500

Medidor

Poste

Nome MARIA DAS DORES PINHEIRO

7645589

0000 0000

Endereço Postal

End. da Unidade

Consumidora

RUA CEL ALEXANDRINO 02098 ST TAB ALTO LIM. DO NORTE

62930000

RG / CPF / CNPJ

951.130.103-91

CGF

Classe

B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

#### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

29261

29146

1

115

0

115

#### DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

#### ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh  
Consumo faixa 31-100 Kwh  
Consumo faixa 101-220 Kwh

30

0,17981

5,39

70

0,30826

21,57

15

0,46239

6,94

#### DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/  
Apresentação

Prev. Próxima  
Leitura

07/05/2019

07/06/2019

#### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

83F6.6F42.5179.B6E2.992D.2CC1.F5F6.AFB3

#### ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

ISENTO

#### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 17,99  
TRANSMISSÃO 1,43  
DISTRIBUIÇÃO 10,57  
ENCARGOS SETORIAIS 2,40  
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 2,63

#### OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES

0,01

MULTA MORATORIA

0,45

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

1,12

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

14,94

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES ( R\$ 0,14 )

#### CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>)

Compensado kg (CO<sub>2</sub>)

Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

0 100

#### INFORMAÇÕES IMPRESSAS ANTES DE ENVIO

#### INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

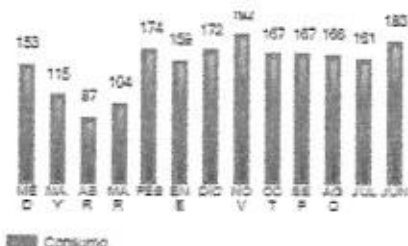
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 12,36

Conjunto LIMOEIRO DO NORTE

Mês MAR/ 2019

|          | Padrão Individual |       |       | Apuração Individual |       |       |
|----------|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
|          | Mensal            | Trim. | Anual | Mensal              | Trim. | Anual |
| DIC (h)  | 5,19              | 10,38 | 20,77 | 0,00                | 0,00  | 0,00  |
| FIC (un) | 3,23              | 6,47  | 12,95 | 0,00                | 0,00  | 0,00  |
| DMIC (h) | 2,94              |       |       | 0,00                |       |       |

#### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

**1409630-7**

Nº da Nota Fiscal: **572975097**

Total a Pagar (R\$):

**50,42**

Data de Emissão:

**05/06/2019**

Referência:

**MAI/2019**

Nº de Controle:

**FATURA PAGA, NÃO RECEBER**

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA****(LEI Nº. 1.060/50)**

Eu, Sabrina Pinheiro da Silva, Profissão \_\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_\_, Estado Civil solteira, RG nº. \_\_\_\_\_,  
2008103436-3 e CPF nº. 065.908.803-79, residente e  
 domiciliado a Rua Cel Alexandino, 2098,  
 Bairro \_\_\_\_\_, Cidade Beimoeiro do Rio,  
 Estado Ceará, declaro para os devidos fins de direito e sob as penas  
 da Lei arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo da manutenção própria e de  
 minha família, nos termos da Lei 1.060/50 e alterações supervenientes.

Beimoeiro do Rio - CE, 12 de junho de 2019.

x. Sabrina Pinheiro da Silva

Declarante



# INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Sabrina Pinheiro da Silva, brasileira,  
solteira, RG: 2008103436-3, CPF: 065.  
908.803-79, residente e domiciliada  
na Rua Cel. Alexandrino, 2098, no  
município de Limoeiro do Norte, Ceará.

**Outorgados:** CHARLES FERNANDO MAIA DE OLIVEIRA, brasileiro, casado,  
advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº. 20.106,  
RAFAEL CABÓ LIMA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na  
Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº. 30.366, ambos com endereço  
profissional na Avenida Dom Aureliano Matos, 1928, Centro, Limoeiro  
do Norte – Ceará.

**Poderes:** Conferindo-lhe os poderes de cláusula “AD JUDITIA”, “EXTRA JUDITIA” e “AD NEGOTIA” para, propor ação, defender os direitos do Outorgante, em qualquer foro, juízo, instância ou Tribunal de qualquer comarca como autor ou réu e mais poderes especiais para celebrar acordos, confessar, transigir, desistir, receber importância ou valores, assinar recibos, dar e receber quitação, promover quaisquer medidas ou processos probatórios, preventivos ou incidentes, podendo inclusive substabelecer a presente a quem convier, com ou sem reservas de poderes.

Limoeiro do Norte, CE, 12 de junho de 2019.

X Sabrina Pinheiro da Silva  
**OUTORGANTE**



(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3170027818 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SABRINA PINHEIRO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO SABRINA PINHEIRO DA SILVA

CPF/CNPJ: 06590880379

Posição em 03-05-2017 15:01:47

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 03/02/2017        | R\$ 2.362,50         | R\$ 0,00         | R\$ 2.362,50 |

## ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A O

## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

## PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)[Consulta a Pagamentos Efetutados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

## ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE



A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. Data: 23/11/2016

Av. Fernandes Maia - Tabelião  
Bel. Cláudio José Fernandes Maia - Substituto  
Bel. Claudete Maria Fernandes Maia - Substituto  
Elisabete Maranhão Gomes - Esc. Concomitante  
LUCILDA DE MOURA  
MAT. 404557-1-6

BOLETIM DE Ocorrência Nº 491 - 3539 / 2016

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO  
Data / Hora da Comunicação: 21/11/2016 09:24:37  
Data / Hora da Ocorrência: 26/06/2016 00:00:00  
Endereço da Ocorrência: SÍTIO CORREGO DE AREIA  
Complemento:  
Bairro: ZONA RURAL Município: LIMOEIRO DO NORTE/CE  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: SABRINA PINHEIRO DA SILVA  
Nascimento: 14/07/1997 CPF:  
RG: 2008103436-3 Orgão Emissor: SSPDS UF: CE  
Filiação: MARIA DAS DORES PINHEIRO  
MAIO CELIO NOGUEIRA DA SILVA  
Endereço: RUA CEL. CLOVIS ALEXANDRINO, 2098  
Bairro: CENTRO CEP:  
Município: LIMOEIRO DO NORTE/CE  
País: BRASIL Telefone:

**Noticiante(s)**

Nome: WANDERSON CESAR DA SILVA  
Nascimento: 20/01/1992 CPF:  
CNH: 1004321515 Orgão Emissor: DETRAN UF: CE  
Filiação: ILMA TEIXEIRA DA SILVA  
JOSE CARLITO DA SILVA  
Endereço: RUA ESTEVAO REMIGIO, 2149  
Bairro: SANTA LUZIA CEP:  
Município: LIMOEIRO DO NORTE/CE  
País: BRASIL Telefone:

**Histórico**

Que o declarante informa que no dia, local e hora acima especificado, era o condutor do veículo tipo motocicleta HONDA CG 160 FAN ESDI. ANO/MOD 2015/2016, COR VERMELHA, PLACA PMP0702, REGISTRADA NO DETRAN CE EM NOME DE WANDERSON CESAR DA SILVA, e trazendo em sua garupa a pessoa de SABRINA PINHEIRO DA SILVA; Que o declarante informa que a via estava com muitos buracos e para desviar de alguns, tentou fazer uma manobra, no entanto, vieram a se desequilibrar e cair; Que na queda o declarante sofreu apenas escoriações e SABRINA se queixa de dores na mão esquerda; Que a levou ao Hospital Regional de Limoeiro do Norte-Ce, mas como lá não tinha muitos recursos, acharam por bem irem para a cidade de Russas-Ce no dia seguinte; Que lá foi constatada fratura no Braço e na mão esquerda de SABRINA; Que não foi necessário fazer cirúrgica, mas o membro ficou imobilizado com gesso por cerca de 3 meses; Que o declarante é habilitado

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Luciano

LUCILDA DE MOURA  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA  
MAT. 404557-1-6



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

BOLETIM DE Ocorrência Nº 491 - 3539 / 2016

LUCINILDA DE MOURA - MAT.: 404567-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X. Sabina Pinheiro da Silva

VISTO DO DELEGADO(A): BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319

X. Sabina Pinheiro da Silva



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO  
AUTENTICAÇÃO

A presente fotocópia confere com o  
original exibido nestas notas. Dou fé.  
Limoeiro do Norte-CE, 23 NOV. 2016

Avanir Fernandes Maia - Tabelião  
Bel. Cláudio José Fernandes Maia - Substituto  
Bel. Claudete Maria Fernandes Maia - Substituto  
Elybetânia Magalhães Gomes - Esc. Contábil  
Fátima Fernandes Maia - Esc. Contábil  
VILCIBRANTE LINO DE OLIVEIRA - Tabelião

|                                                          |                             |                               |                |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------|
| <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>                    |                             | <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b> |                |
| <b>DETRAN - CE</b>                                       | <b>Nº 012219839941</b>      |                               |                |
| <b>CERTIFICADO DE REGISTRO E CANCELAMENTO DE VEÍCULO</b> |                             |                               |                |
| <b>DATA DO REGISTRO</b>                                  | <b>DATA DO CANCELAMENTO</b> | <b>ANO</b>                    | <b>PERÍODO</b> |
| CRDD 0111083495221                                       | 0050500000                  | 2018                          | 2018           |
| <b>NANDERSON CESAR DA SILVA</b>                          |                             |                               |                |
| *****                                                    |                             |                               |                |
| <b>LIMOEIRO DO NORTE/CE</b>                              |                             |                               |                |
| *****                                                    |                             |                               |                |
| <b>05362852337</b>                                       |                             |                               |                |
| <b>RACIAIS</b>                                           |                             |                               |                |
| ***** / CE                                               |                             |                               |                |
| <b>9C3KC220GR00611A</b>                                  |                             |                               |                |
| <b>PLACA</b>                                             |                             |                               |                |
| <b>EAS/MOTOCICLO, N° APPLIC</b>                          |                             |                               |                |
| <b>Q3EOL/AICO</b>                                        |                             |                               |                |
| <b>HOMES/CX 160 FAIRBANKS</b>                            |                             |                               |                |
| <b>2018 2018</b>                                         |                             |                               |                |
| <b>2F/GY/162CC</b>                                       |                             |                               |                |
| <b>PARTIC</b>                                            |                             |                               |                |
| <b>VERMELHA</b>                                          |                             |                               |                |
| <b>I</b>                                                 | <b>V</b>                    | <b>A</b>                      | <b>D</b>       |
| *****                                                    | *****                       | *****                         | *****          |
| <b>AL.FID. ADMIN DE CONT NACIONAL HONDI</b>              |                             |                               |                |
| <b>R LTER/*****</b>                                      |                             |                               |                |
| <b>LIMOEIRO DO NORTE/CE</b>                              |                             |                               |                |
| <b>12/04/2016</b>                                        |                             |                               |                |

[illegible]



| PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE<br>HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLECIO LIMA VERDE<br>FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO                                       |                            |           | DIGITADO                     |                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------|------------------------------|------------------------------------------|
| Nº Atendimento:                                                                                                                                                  | 5047                       | CNS:      | 898003000791347              | Data do Atend.: 26/06/2016 as 00:43:37   |
| Nome do Paciente:                                                                                                                                                | SABRINA PINHEIRO DA SILVA  |           | Data de Nasc.: 14/07/1997    |                                          |
| Endereço:                                                                                                                                                        | CORONEL CLOVIS ALEXANDRINO | 2098      | LIMOEIRO DO NORTE Op: SAMARA |                                          |
| Convênio:                                                                                                                                                        | SUS                        | PSF:      | CENTRO                       | Tipo Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDUAL   |
| Sexo:                                                                                                                                                            | F                          | Idade:    | 18a 11m 12d                  | Estado Civil: Profissão: Escolaridade: 3 |
| Peso:                                                                                                                                                            | ( ) kg                     |           |                              |                                          |
| Sinais Vitais:                                                                                                                                                   | P.A.: Sist ( )             | Diast ( ) | FC: ( ) bpm                  | FR: ( ) irpm Temp: ( ) °C                |
| Proc.: 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA                                                                                               |                            |           |                              |                                          |
| Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese)                                                                                                              |                            |           |                              |                                          |
| Trauma pulso B - queda de motor                                                                                                                                  |                            |           |                              |                                          |
| Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento                                                                                                                      |                            |           |                              | Data 1º Sintomas                         |
| Procedimentos complementares solicitados: ( ) Patologia Clínica ( ) Radiologia ( ) Exame Prevenção<br>Ex radiol + escopoide B ( ) Ultrassom Obstetico ( ) Outros |                            |           |                              |                                          |
| Demais Procedimentos Realizados                                                                                                                                  |                            |           | Ass. Executor                | Conselho Classe                          |
| Se o paciente ficou em observação MARQUE AQUI ( )                                                                                                                |                            |           |                              |                                          |
| Encaminhamentos / Destino do Paciente:                                                                                                                           |                            |           |                              |                                          |
| (X) Atend. Especializado ( ) Internação Hospitalar ( ) Urgência Emergência ( ) Internação domiciliar                                                             |                            |           |                              |                                          |
| ( ) Alta ( ) Adm. Medicamentos ( ) Observação 12h ( ) PSF                                                                                                        |                            |           |                              |                                          |
| ( ) Transf. de emergência ( ) Abertura de partograma ( ) Observação 6h ( ) Outros procedimentos                                                                  |                            |           |                              |                                          |
| ( ) Indicação de Cesariana                                                                                                                                       |                            |           |                              |                                          |
| Parceria com Departamento Municipal de Transito:                                                                                                                 |                            |           |                              |                                          |
| FOI ACIDENTE DE TRANSITO? Se positivo assinale o tipo de conducao da vítima:                                                                                     |                            |           |                              |                                          |
| (X) SIM ( ) NAO (X) MOTO ( ) CARRO ( ) BICICLETA ( ) PEDESTRE ( ) OUTROS                                                                                         |                            |           |                              |                                          |

Assinatura do Paciente ou Resp.

Assinatura do Profissional Executor

- RAO-X Braço e antebraço E

1) Dipnoria em 14:40  
Clarissa A. Neri  
Enfermeira  
COREN 401953

2) Fala gagueada (sem arrastar)

3) Dor no ombro (1:30)



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS  
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro  
Russas / Ceará



|                                                        |                               |                                                                      |                          |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 26/06/2016 11:40:25                                    | 1600154872                    | GUIA DE ( ) ATENDIMENTO ( ) OBSERVAÇÃO                               | - DIURNO - 12            |
| Paciente: 00100372 - SABRINA PINHEIRO DA SILVA         |                               | Data: 26/06/2016 - 18 A 11 M 12 D Sexo: F - Est. Civil: Solteira (a) |                          |
| Identidade: 20081034363 - SSPCE Raza/Cor: Parda -      |                               | CPF: Ocupação: ESTUDANTE                                             |                          |
| Endereço: RUA - 14 - 717 - LAGOA DO TOCO - RUSSAS - CE |                               | CEP: 62.900-000 Nat. L. M. DO NORTE - CE                             |                          |
| Contato: (88) 97427-782 Mãe: MARIA DAS DORES PINHEIRO  |                               | Pai: MARIO DELIO NOGUEIRA DA SILVA                                   |                          |
| Convênio: SUS - SUS                                    | Carteira:                     | CNS:                                                                 | Validade:                |
| Autorização:                                           | Supernatal:                   | Profiss. Atend.: DRA MARIA JO                                        | Caráter Atend.: URGÊNCIA |
| Motivo: URGÊNCIA / EMER                                | Especialidade: CLÍNICA MÉDICA | Setor: EMERGÊNCIA                                                    |                          |

OUTRAS ANOTAÇÕES (Enfermagem)

Peso: \_\_\_\_\_ KG. Temp.: \_\_\_\_\_ °C. Pressão: \_\_\_\_\_ mmHg. D.X.: \_\_\_\_\_

Classificação de Risco: ☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☒ VERDE ☐ AZUL

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Paciente relata queda de um objeto pesado (uma canotinha) por fora da casa, dos pés distal de ambas as pernas e mãos. Nega dor e incontinência.

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS  
Rua Dr. José Ramalho, 1436  
CNPJ 07.770.001/0001-64  
CONFERE COM ORIGINAL  
11/08/2016  
ARQUIVO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO

Fratura de punho (2)

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

☐ RAIO-X ☐ ULTRASSOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

| PRESCRIÇÃO              | APRAZAMENTO | EVOLUÇÃO  |
|-------------------------|-------------|-----------|
| 1) R-X punho + mão      |             | Da em USE |
| 2) Repouso              |             | após      |
| 3) Repouso              |             |           |
| 4) Avaliação de fratura |             |           |
| 5) Orientações          |             |           |
| 6) Imobilização         | OK          |           |

CONDUTA:

☒ ALTA POR DECISÃO MÉDICA ☐ AMBULATÓRIO ☐ ALTA A PEDIDO

☐ OBSERVAÇÃO (Até 24 Horas) ☐ ALTA A REVELIA ☐ INTERNAÇÃO

☐ TRANSFERÊNCIA PARA: DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 26/06/16 13:35

ÓBITO

Antes do 1º Atendimento? ☐ SIM ☐ NÃO Destino: ☐ Família ☐ IML ☐ Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: M. Claudete N. Ferreira

Assinatura do Médico: Dra. Maria J. Pires da Silva

Carimbo e Assinatura do Médico

Atendimento registrado por: lenice.fonseca



# Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

## FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Nome: Sobrinha Patrícia da Silva Prontuário Nº \_\_\_\_\_

Sexo: M ☐ F ☒ Idade: \_\_\_\_\_ Ocupado: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento:

Transtorno de ansiedade @ após queda de moto

Resultado de Exames:

Consultas já realizadas:

Impressão Diagnóstica: Tr. de ansiedade do tipo 1 (F41.1) CID: \_\_\_\_\_

Assinatura do Encaminhamento - Nº registro

Função

Data

Hora

### AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☒

Especialidade: Psiquiatria Profissional: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

### FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(\*)

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Conduta Realizada: \_\_\_\_\_

Proposta e Conduta para Segmento:

O Problema justificou a referência?

☐ SIM

☐ NÃO

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

☐ SIM

☐ NÃO

Assinatura do consultante - Nº registro

Função

Data



# Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

## FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Nome: Sobrinha P. M. da Silva Prontuário Nº \_\_\_\_\_

Sexo: M ☐ F ☒ Idade: \_\_\_\_\_ Ocupado: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento:

Transtorno de ansiedade @ após queda de moto

Resultado de Exames:

Consultas já realizadas:

Impressão Diagnóstica: Tr. de ansiedade mista e exofobia (F41.1) CID: \_\_\_\_\_

Assinatura do Encaminhamento - Nº registro

Função

Data

Hora

### AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☒

Especialidade: Psiquiatria Profissional: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

### FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(\*)

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Conduta Realizada: \_\_\_\_\_

Proposta e Conduta para Segmento:

O Problema justificou a referência?

☐ SIM

☐ NÃO

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

☐ SIM

☐ NÃO

Assinatura do consultante - Nº registro

Função

Data