

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**OUTORGANTE:**

(nome) GUILHERME DA SILVA URSULINO,
brasileiro(a), (estado civil) SOLTEIRO, (profissão) PINTOR,
portador(a) da cédula de identidade Registro Geral n.º 2016246425-2,
inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 085.379.393-07,
residente e domiciliado(a) (Rua/Avenida/Localidade)
RUA PRINCIPAL CANA BRAVA, S/N, CANA BRAVA,
Trairi/CE, CEP: 62.690-000.

OUTORGADO: **NEIO LÚCIO FERRAZ PASSES**, solteiro, advogado, OAB/CE 30.495, com endereço profissional à ET Boa Esperança, 16, Boa Esperança, Trairi/CE, CEP: 62.690-000, (neioferrazadvogado@gmail.com), onde recebe intimações e demais comunicações.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o **OUTORGANTE** confere aos **OUTORGADOS** plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhes, ainda, os poderes especiais para receberem citação, confessarem, reconhecerem a procedência do pedido, transigirem, desistirem, renunciarem ao direito sobre o qual se funda a ação, receberem, dar quitação, firmarem compromisso e assinarem declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecerem esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticarem todos os atos processuais que achem oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

CLÁUSULA ESPECIAL: O(a) Outorgante, nesta oportunidade, se responsabiliza pela legalidade, idoneidade e veracidade de todos os documentos e informações que serão fornecidos aos outorgados para anexarem nas petições, objeto do presente instrumento de outorga.

Trairi/CE, 28 de OUTUBRO de 2020.

Guilherme da Silva Ursulino
OUTORGANTE

DOCUMENTOS PESSOAIS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE DO ESTADO DO CEARÁ PROCESSAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO POR MEIO DE FOTOGRAFIA E PERFILAGEM BIOMÉTRICA		REGISTRO GERAL 2016246425 - 2 DATA DE EXPENÇÃO 09/09/2016	
 Polegar Direito			
Nome: GUILHERME DA SILVA URSULINO Filiação: VALDIR ARAUJO URSULINO SANDRA MOREIRA DA SILVA Nacionalidade: TRAIRI - CE Doc. Origem:		Data de Nascimento: 01/11/2001 Cert. Nascimento: CARTÓRIO: 1. OFÍCIO TERMO: 30.247 FOLHA: 175V Livro: A-29 TRAIRI - CE Nº: 085.379.393-07	
Assinatura: <i>Guilherme da Silva Ursulino</i>		P.: 11	

COMPROVANTE DE ENDEREÇO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GUILHERME DA SILVA VASULINO,RG nº 2016246425-2, data de expedição 09/09/2016,Órgão SSPDS, CPF nº 085.379.393-07,

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu

nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito

seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PRINCIPAL CANA BRAVA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CANA BRAVA</u>
Cidade	<u>TRAIRI</u>
Estado	<u>CEARÁ</u>
CEP	<u>62690-000</u>
Tel. de contato	<u>(85) 99640-8588</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: TRAIRI/CE - 28/10/2020

x Guilherme da Silva Vasulino
Assinatura do Declarante

Nº do Cliente:

7747648

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.106.848-3



fls. 15

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº

081298474

Rota

TR636R01 - 22500

Referência

09/2020

Nome

ANDRA MOREIRA DA SILVA

Endereço

RU PRINCIPAL CANA BRAVA, 00000 - 00000, CANA

Classificação

CANA, 62690-000, TRAIRI

Modalidade Tarifária

Baixa Renda

Ligação

B1 RESIDENCIAL

Emissão

22/09/2020

Medidor

5858701-EFF-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior

Atual

P.F.

Próxima prevista

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	7.741	7.618	1,00	123	00	123	0,30959	38,08

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	6,76
BENEFÍCIO TARIFÁRIO BRUTO	-	26,44
BENEFÍCIO TARIFÁRIO LÍQUIDO	-	26,24
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,18167	5,45
CONSUMO DE 031 KWH ATE 100 KWH	0,31243	21,87
CONSUMO DE 101 KWH ATE 123 KWH	0,46783	10,76
MULTA	-	6,64

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	64,52	0,11	0,06
COFINS	64,52	0,71	0,44

VENCIMENTO

30/10/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

51,68

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

896.625.203-68

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (%CO₂) 0 100

RELAÇÕES COM O CLIENTE

REAVISO DE DEBITO Esta unidade consumidora está apta a suspensão de fornecimento por inadimplência a partir do dia 08/10/2020, ou a qualquer momento por débitos já Reavisados anteriormente. O encerramento da relação contratual poderá ocorrer em 02 ciclos de faturamento após a suspensão de fornecimento. Declaração de Débito: Constan os seguintes débitos sujeitos a ações de cobrança, como inclusão em ORÇÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar. Nº Cliente: 000007747648.

DEBITOS ANTERIORES	MES/ANO	VALOR (R\$)
	01/2020	111,63
	02/2020	113,15
	03/2020	09,33
	07/2020	117,10
	Total:	R\$ 431,21

- Unid. consumidora enquadrada na subclasse Resid. Baixa Renda, faturada com desc. tarifário de R\$ 26,24.

Periodos: Band. Tarif.: Verde : 23/08 - 22/09

Nº do Cliente:

Data de Emissão: 7747648

Nº da Nota Fiscal: 22/09/2020

081298474

Referência:

Total a Pagar (R\$): 09/2020 V: [1.0.0.15]

Nº de Controle:

51,68

10018856695

838500000000 8 51680031010 0 01885669507 9 00007747648 4



838500000000 8 51680031010 0 01885669507 9 00007747648 4

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,
(nome) GUILHERME DA SILVA URSUINO,
brasileiro(a), (estado civil) SOLTEIRO, (profissão) PINTOR,
portador da cédula de identidade Registro Geral n.º 2016246425-2,
inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 085.379.393-07,
residente e domiciliado(a) (Rua/Avenida/Localidade) RUA PRINCIPAL, CANA-
BRAVA, S/N, CANA BRAVA, Trairi/CE, CEP: 62.690-000,
DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho
condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo
do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da**
Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de
Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do
processo.

Trairi/CE, 28 de OUTUBRO de 2020.

x Guilherme da Silva Ursuino

DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Eu, GUILHERME DA SILVA URSULINO,
brasileiro(a), SOATEIRO, PINTOR
com endereço na (Rua, Localidade, Avenida)
RU PRINCIPAL, CANA - BRAVA, SIN
Trairi/CE, Cep: 62690-000, **DECLARO** para os devidos fins e sob as penas
da lei que sou **ISENTO de DECLARAÇÃO ANUAL DE IMPOSTO**
DE RENDA PESSOA FÍSICA.

Informo ainda que, com a edição da Instrução Normativa da RFB
n.º 864 de 25 de julho de 2008, a referida "DECLARAÇÃO ANUAL DE
ISENTO" deixou de ser emitida pela RFB, conforme informação extraída do
sitio da própria Receita.

A presente declaração segue em conformidade com a Lei n.º
7.115/83, que autoriza o interessado a comprovar a referida isenção mediante
declaração escrita e assinada.

Portanto, afirmo que não obtive rendimentos financeiros
tributáveis junto à Secretaria da Receita Federal nos últimos três anos,
exercícios referentes aos anos de 2017, 2018 e 2019.

Nos referidos exercícios não obtive rendimentos provindos de
trabalho assalariado, proventos de aposentadorias, pensões, aluguéis ou
atividade rural, suficientes para declarar IRPF, e não me enquadro nos demais
casos que obrigam a entrega da Declaração Anual de Imposto de Renda
Pessoa Física.

Nesse azo, assumo a responsabilidade de informar, imediatamente
à Vossa Excelência a alteração da situação narrada, apresentando a
documentação comprobatória, assim que disponibilizada pela RFB.

Sob as penas da Lei, **DECLARO** que as afirmações acima são a
expressão da verdade pelo que me comprometo criminalmente, sabendo que
declaração falsa é crime (art. 299 do Código Penal).

Trairi/CE, 28 de OUTUBRO de 2020.

*Guilherme da Silva Ursulino

DECLARANTE

ATO DECLARATÓRIO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

ATO DECLARATÓRIO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Eu, GUILHERME DA SILVA URSULINO, brasileiro(a),
SOLTEIRO, PINTOR, RG 2016246425-2,
 CPF 085.379.393-07, residente e domiciliado(a) na (Rua, Avenida, Localidade)
RUA PRINCIPAL, CANA BRAVA, S/N

declaro para os devidos fins e sob as penas da lei, visando realizar a simples prova das lesões e do dano físico decorrentes de acidente automobilístico, perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT - S/A, em acatamento ao que determina o art. 5º da Lei Federal 6.194/74, que fui vítima de acidente automobilístico quando PILOTAVA UMA MOTOCICLETA HONDA / CG 160 FAN
 (marca/modelo), POA6673 (placa), PRETA (cor), 2019 / 2020 (ano de fabricação/modelo)
PARTICULAR (categoria) 9C2K C2200LR 014329 (chassi) de propriedade do

Sr.(a) SANDRA MOREIRA DA SILVA
 Declaro ainda que, o acidente ocorreu por volta das 21 : 00 : 00, no dia 23 / 06 / 2020, no seguinte endereço/localidade: CANA BRAVA RUA PRINCIPAL

Obs: O DECLARANTE SEGUIA TRAFEGANDO COM SUA MOTO, E TEVE UMA ESPÉCIE DE FRAQUEZA MUSCULAR, O QUE VEIO A PERDER OS SENTIDOS DECORRENDO NA SUA QUEDA.

Na ocasião, sofri as seguintes lesões: ROMPIMENTO DO LIGAMENTO DO JOELHO

Oportunamente, informo que as testemunhas também signatárias, presenciaram e/ou têm conhecimento dos fatos narrados na presente declaração e estão cientes das penalidades constantes no art. 299 do Código Penal.

"Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular."

Caso haja interesse por parte da Seguradora Líder em realizar avaliação complementar da documentação e dos fatos narrados, bem como perícia médica para aferir o grau da lesão física, me encontro à disposição.

TESTEMUNHA 1 - Sandra Moreira da Silva
 RG 2008636356-0, CPF 896.625.203-68

(Assinatura) Sandra Moreira da Silva

TESTEMUNHA 2 - Sabrina Barrera Freitas
 RG 2008506281-7, CPF 073.799.983-93

(Assinatura) Sabrina Barrera Freitas

Guilherme da Silva Ursulino
 DECLARANTE



Lei Federal 6.194/74 "Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida a responsabilidade do segurado. (arifo nosso)

DOCUMENTO DO VEÍCULO

[illegible]

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 015279876961

BILHETE DE SEGURO DPVAT

2020

89662520368

POA6C73

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoraalider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

015279876961

51049770085

EXERCÍCIO

2020

DATA EMISSÃO

11/02/2020

PLACA

01

CPF / CNPJ

89662520368

PLACA

POA6C73

RENAVAM

1222317459

MARCA / MODELO

HONDA/CG 160 FAN

ANO FAB.

2019

CAT. TIME

09

Nº CHASSI

9CZKC2200LR014329

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

3.65

DEVATRAM (R\$)

41

CUSTO DO SEGURO (R\$)

4.05

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4.15

IOF (R\$)

0.05

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

12.30

☒ X COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

00/00/0000

DESPACHANTE

LOTE/DOCCUB/6036/33/IDHAGREDPVAT

MOTOR: KC22E00014309

00001-04

AGO-2019

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA

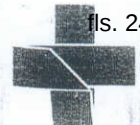


TRAIRI

PREFEITURA MUNICIPAL

2017 - 2020

Estado do Ceará
Município de Trairi
Secretaria de Saúde



Fls. 24

HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ GRANJA RIBEIRO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ ☐ Emergência ☐ ☐ Muita urgência ☐ ☐ Urgência ☐ ☒ Pouca urgência ☐ ☐ Não urgente

FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 23.06.2020 Horário: 20:59 Paciente chegou: ☒ Meios próprios ☐ Ambulância
☐ Carro do PSF

Paciente: Guilherme da Silva Vasconcelos
Nome da Mãe: Sandra Moreira da Silva

Idade: 80 Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 1/11/2001 Nº do RG: 898 0042 1484 0161 Telefone:

Profissão: Cartão do SUS: 898 0042 1484 0161

Endereço: Cama-Brava Bairro:

Cidade: Trairi Estado: CE Atendente: [assinatura]

PA: / mmHg T: °C Glicemia: mg/dl P: Kg Pulso: bpm SPO₂

Registro de Enfermagem:

História Clínica:

uma medicação com med.
rotina nas veias

Diagnóstico:

Exames Solicitados

1. 2.
3. 4.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

CRÉDITO
Médico
18.911

DESTINO DO PACIENTE

☐ Alta ☐ Transferência ☐ Óbito

DATA DA SAÍDA

HORA DA SAÍDA

Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável

Sandra Moreira da Silva

Rua Walter Sales, 272 – Alto São Francisco – Trairi/CE – CEP: 62.690-000 – Fone: (85)3351-1504

CNPJ 11.421.654/0001-05 – CGF 069202389



HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ GRANJA RIBEIRO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ ☐ Emergência ☐ ☒ Muita urgência ☐ ☒ Urgência ☐ ☒ Pouca urgência ☐ ☒ Não urgência

FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 06.2020 Horário: 20:59 Paciente chegou: ☒ Meios próprios ☐ Ambulância
☐ Carrão do PSF

Paciente: Guilherme da Silva Vasculino
Nome da Mãe: Sandra Moreira da Silva

Idade: Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 11/11/2001 Nº do RG: Telefone:

Parentalidade: Cartão do SUS: 898 0042 1484 0161 Profissão:

Endereço: Casa Brava Bairro:

Cidade: Trairi Estado: Ceará Atendente: [Assinatura]

PA: / mmHg T: °C Glicemia: mg/dl P: Kg Pulso: bpm SPO₂ %

Registro de Enfermagem:

História Clínica:

Diagnóstico:

Exames Solicitados

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

DESTINO DO PACIENTE

DATA DA SAÍDA

HORA DA SAÍDA

Alta ☐ Transferência ☐ Óbito ☐

Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável

Dutoprolino 100 y + 100 ml SF 0,97- EV.

picora 2' 18 AB EV 21/43

ciprofloxacino 500 y EV 21/45

Pulverco fitino.

Dexametasona 4mg

Dr. Felipe N. Rocha Lechil
CREMEC: 18.947
23.05

Francisca Maria de L. Sousa
Téc. de Enfermagem
COREN-CE: 788.223

Francisca Maria de L. Sousa
Téc. de Enfermagem
COREN-CE: 788.223



TRAIRI
PREFEITURA MUNICIPAL
2017 - 2020

Estado do Ceará
Município de Trairi
Secretaria de Saúde



1- Preencher a ficha em
2- Ao terminar a consulta
tratamento, entregar a
usuário, orientando-o para
com a 1ª via à Unidade e o

FICHA DE REFERÊNCIA

16/70

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Guilherme da Silva Viana

Prontuário nº: _____

Sexo: M ☒ F ☐

Data de Nascimento: ____/____/____

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Resultado de Exames: _____

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstico: Lesão muscular traumáticaAssinatura do Encaminhante - Dr. Felipe Brito Lech

Função _____

Data 26/06/2020Hora 22:30

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento

☐ Ambulatorial☒ Hospitalar☐ Auxílio DiagnósticoProcedimento: curar

Unidade de referência: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº: _____

Data: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____

Secundário 1: _____

Secundário 2: _____

CID.: _____

CID.: _____

CID.: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐O motivo da referência coincide com diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Ass. do Encaminhamento e Carimbo _____

Função _____

Data _____

Hora _____

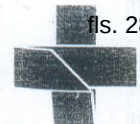


TRAIRI

PREFEITURA MUNICIPAL

2017 - 2020

Estado do Ceará
Município de Trairi
Secretaria de Saúde



fls. 28

Sistema Único de Saúde

HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ GRANJA RIBEIRO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ ☐ Emergência ☐ ☐ Muita urgência ☐ ☐ Urgência ☐ ☐ Pouca urgência ☐ ☐ Não urgente

FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 23.06.2020 Horário: 20:59 Paciente chegou: () Meios próprios () Ambulância
() Carro do PSF

Paciente: Guilherme da Silva Vasculino
Nome da Mãe: Sandra Moreira da Silva

Idade: 30 Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 11/11/2001 Nº do RG: 898 0042 1484 0161 Telefone: _____

Escolaridade: _____ Cartão do SUS: 898 0042 1484 0161 Profissão: _____

Endereço: Rua Brava, Bairro: _____

Cidade: Trairi Estado: CE Atendente: _____

PA: _____/_____/_____ mmHg T: _____ °C Glicemia: _____ mg/dl P: _____ Kg Pulso: _____ bpm SPO₂: _____

Registro de Enfermagem: _____

História Clínica: _____

Diagnóstico: _____

Exames Solicitados

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável: _____

DESTINO DO PACIENTE

() Alta () Transferência () Óbito

DATA DA SAÍDA

HORA DA SAÍDA

Motivo do Óbito: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Sandra Moreira da Silva



HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ GRANJA RIBEIRO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ ☐ Emergência ☐ ☒ Muita urgência ☐ ☒ Urgência ☐ ☒ Pouca urgência ☐ ☒ Não urgência

FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 06.2020 Horário: 20:59 Paciente chegou: ☒ Meios próprios ☐ Ambulância
☐ Carro do PSF

Paciente: Guilherme da Silva Ursulino
Nome da Mãe: Sandra Moreira da Silva

Idade: Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 11/11/2001 Nº do RG: Telefone:

Profissionalidade: Cartão do SUS: 898 0042 1484 0161 Profissão:

Endereço: Casa - Brava Bairro:

Cidade: Trairi Estado: Atendente:

PA: / mmHg T: °C Glicemia: mg/dl P: Kg Pulso: bpm SPO₂ %

Registro de Enfermagem:

História Clínica:

Diagnóstico: uma vida muito ci com m.d. rotina muscular zebra

Exames Solicitados

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

DESTINO DO PACIENTE

☐ Alta ☐ Transferência ☐ Óbito DATA DA SAÍDA HORA DA SAÍDA

Assinatura do Paciente ou Responsável: Sandra Moreira da Silva

Propofol 100 g + 100 ml SF 0,97- EV.

Dipirona 2' 18 AB EV 21/43

Cefepoxa 500 g EV 21/45

Pulso lítico.

Dexametasona 4mg IV

Dr. Felipe M. Rocha Lechin
CREMEC: 18.947
23.05

Francisco Maria de L. Sousa
Téc. de Enfermagem
COREN-CE: 788.223

Francisco Maria de L. Sousa
Téc. de Enfermagem
COREN-CE: 788.223



TRAIRI
PREFEITURA MUNICIPAL
2017 - 2020

Estado do Ceará
Município de Trairi
Secretaria de Saúde



1- Preencher a ficha em
2- Ao terminar a consulta
tratamento, entregar a 2ª via
usuário, orientando-o para
com a 1ª via à Unidade de

FICHA DE REFERÊNCIA

16170

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Guilherme da Silva Vitorio

Prontuário nº: _____

Sexo: M ☒ F ☐

Data de Nascimento: ____/____/____

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Resultado de Exames: _____

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstico: _____

Assinatura do Encaminhante - Dr. Felipe

Função _____

Data 23/06/2020

Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento _____

☐ Ambulatorial

☒ Hospitalar

☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____

Unidade de referência: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº: _____

Data: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____

Secundário 1: _____

Secundário 2: _____

CID.: _____

CID.: _____

CID.: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Ass. do Encaminhamento e Carimbo _____

Função _____

Data _____

Hora _____



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Paciente: WILLIAM DA SILVA V Data: 23.06.2021
 Idade: _____ Sexo: _____ Solicitante: _____

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Ácido fólico sérico | ☐ FTA ABS IgG | ☐ Proteínas totais |
| ☐ Ácido úrico sérico | ☐ FTA ABS IgM | ☐ PSA livre |
| ☐ Albumina sérica | ☐ Gama GT | ☐ Reação de Widal |
| ☐ Amilase sérica | ☐ Glicemia | ☐ Rubéola IgG |
| ☐ ASO - Anti estreptolisina O | ☐ Grupo sanguíneo - fator Rh | ☐ Rubéola IgM |
| ☐ BAAR | ☐ HCG - Gonadotrofina coriônica | ☐ Sódio |
| ☐ Bacterioscopia da urina | ☐ Hematócrito | ☐ Sumário de urina |
| ☐ Cálcio sérico | ☐ Hemoglobina glicosilada | ☐ Tempo de coagulação |
| ☐ Citologia oncótica | ☐ Hemograma completo | ☐ Tempo de protrombina |
| ☐ Colesterol total | ☐ Hemossedimentação - VHS | ☐ Tempo de sangramento |
| ☐ Colesterol fração | ☐ Hepatite B - HBsAg | ☐ Tempo de tromboelastina parcial |
| ☐ Colesterol HDL | ☐ HIV 1 e 2 anticorpos | ☐ Teste de gravidez - TIG |
| ☐ Colesterol VLDL | ☐ Hormônio folículo estimulante - FSH | ☐ Teste de tolerância a glicose |
| ☐ Contagem de plaquetas | ☐ Hormônio luteinizante - LH | ☐ Testosterona livre |
| ☐ Creatinina sérica | ☐ Hormônio tireostimulante - TSH | ☐ Testosterona total |
| ☐ Coombs direto | ☐ Leucograma | ☐ TGO |
| ☐ Coombs indireto | ☐ Lipídios totais | ☐ TGP |
| ☐ Curva glicêmica | ☐ Mucoproteína | ☐ T4 - Tiroxina livre |
| ☐ Cultura de urina | ☐ Parasitológico de fezes | ☐ T4 - Tiroxina |
| ☐ Dosagem da hemoglobina | ☐ Parasitológico de fezes seriado | ☐ T3 - Tri-iodotironina |
| ☐ Eritrograma | ☐ Pesquisa de sangue oculto | ☐ Toxoplasmose IgM |
| ☐ Espermograma | ☐ Progesterona | ☐ Toxoplasmose IgG |
| ☐ FAN - Fator anti nuclear | ☐ Prolactina | ☐ Triglicerídios |
| ☐ Fator reumatóide (Látex) | ☐ Proteína C reativa - PCR | ☐ Uréia |
| ☐ Ferro sérico | ☐ Proteinúria de 24 horas | ☐ VDRL |
| ☐ Fosfatase alcalina | | ☐ Waler rose |

OUTROS EXAMES: _____

ENCAMINHADO POR: _____

Unidade Mista de Saúde de Trairi - Av. César Cals, SN - Centro - Trairi - Ce - CEP: 62690-000
 Fone: (085) 3351 1504 - CGC: 07.533.946/0001-62 CGF: 06.920.238-9

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:
RAFAEL BERNARDO DA SILVA
CRM 12815 UF CE
Endereço Completo e Telefone:
RUA RUA URBANO TEIXEIRA DE MENEZES Nº: 01
(88) 3631-5000
Cidade: ITAPIOCA UF: CE

Esta receita esta sendo emitida em 2 vias
2ª VIA PACIENTE

Paciente: GUILHERME DA SILVA IRSULINO Dt. Nasc.: 01/11/2001

Endereço: RUA CANA BRAVA, SN, ZONA RURAL, TRAIRI - CE - CEP: 62690-000

Prescrição:

1 - CEFALEXINA 500mg Cp cap

DCB: cefalexina

Frequência: 06/06 H

Dosagem Via

1com oral

Quant.

28

2 - IBUPROFENO 300mg Cp com

Frequência: 06/06 H

01com oral

20 (VINTE)

Dr. Rafael Bernardo da Silva
CRM: 12815

Data: 24/06/2020

RAFAEL BERNARDO DA SILVA
CRM: 12815 UF: CE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:
Ident.: Órg. Emissor:
End:
Cidade: UF:
Telefone:

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA:

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr(a) **GUILHERME DA SILVA IRSULINO** necessita afastar-se de suas atividades de 24/06/2020 (quarta-feira) até 08/07/2020 (quarta-feira), para tratamento médico.

Diagnóstico (CID): S89.9 Traumatismo não especificado da perna

Resolução CFM 1.658/2002 - Artigo 5º: Os médicos somente podem fornecer atestados codificados ou não quando justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Assinatura do paciente ou representante
(para o caso de solicitação do CID pelo paciente)

ITAPIPOCA - CE, 24 de junho de 2020 - 08:25

Rafael Bernardo da Silva
Cirurgião Geral
CREMEC: 12815

RAFAEL BERNARDO DA SILVA - CRM 12815