



ELIANE SILVA
Advocacia

PROCURAÇÃO

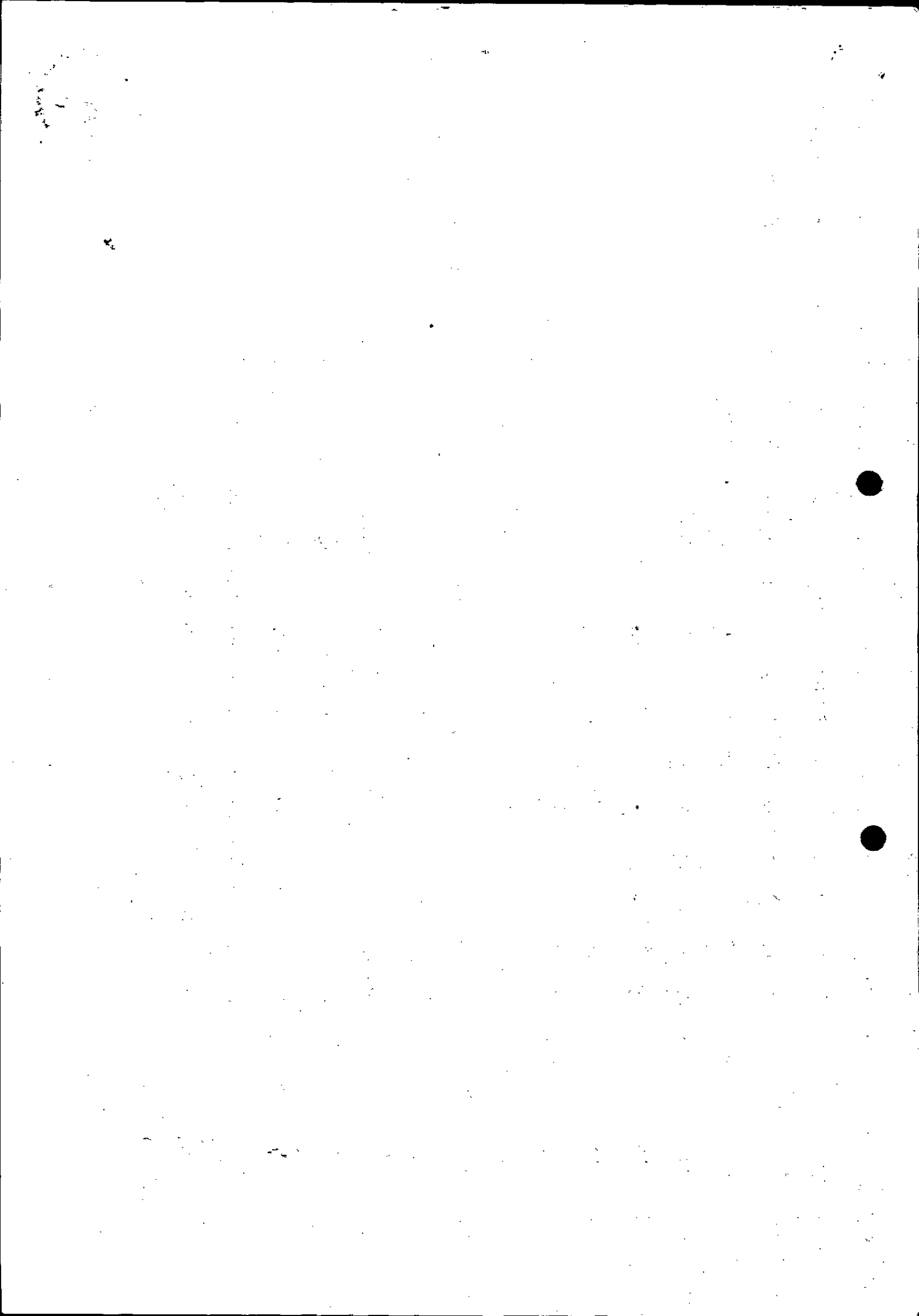
OUTORRGANTE: Antonio Fabiano Ferreira Nascimento, brasileiro, agricultor, portador da cédula de identidade n.º 3261390-98 SSP/CE, inscrito no CPF/MF sob n.º 039.867.363-33, com endereço Sítio Adivara, Zona Rural, Senador Pompeu-CE.

OUTORGADO: ELIANE BARBOSA SILVA, brasileira, Advogada OAB/CE 27.940, inscrita no CPF N.º 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 reinvidicações 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, 06 de Setembro de 2017

Antonio Fabiano Ferreira Nascimento
Outorgante



DECLARAÇÃO
(LEI Nº 1.060/50)



Eu Antonio Fabiano Ferreira do Nascimento,

Profissão Agricultor

CPF: 039.867.363-33, RG: 3865390-98, residente e

domiciliado(a) à Sítio Adicira

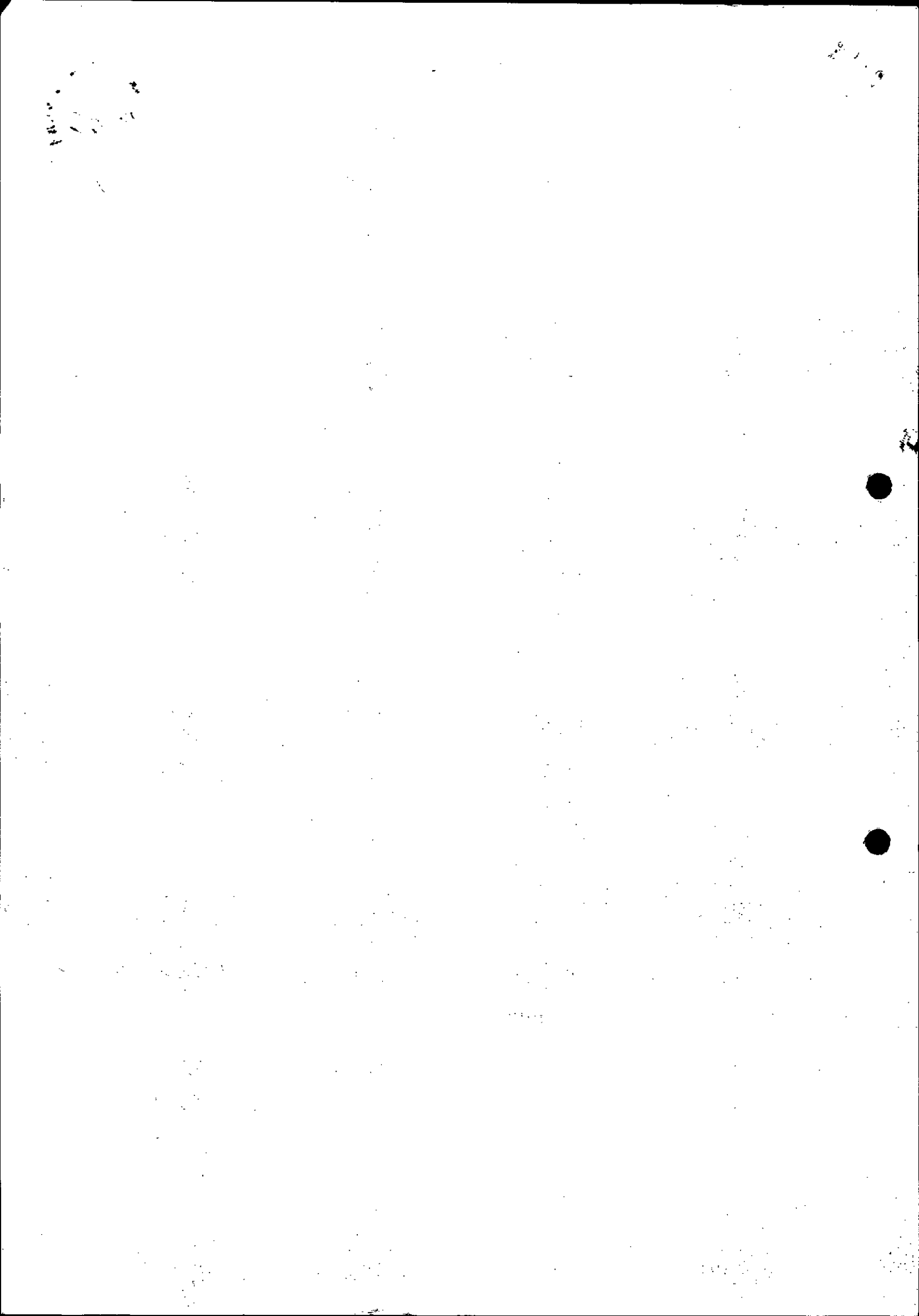
Bairro: Zona Rural cidade Senador Pompeu, Estado: Paraná

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, 06 de 09 2017

Antonio Fabiano Ferreira do Nascimento

DECLARANTE





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Antonio Fabiano Ferreira do Nascimento, brasileiro(a),
estado civil Solteiro, profissão Agricultor,
natural de Senador Pompeu, estado Ceará
nascido aos 31 / 10 / 99, filho de Francisco Ferreira do
Nascimento e Maria do Rosário do Nascimento,
portador(a) do RG nº 3961390-98 Órgão Expedidor
SSP - CE, CPF nº 039.869.363-33, **DECLARO** conforme
artigo 1º, da Lei 7.115/83, que resido no seguinte endereço:
Sítio Difícil, zona Rural, Senador Pompeu - 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., 06 de Setembro de 2017.

Antonio Fabiano Ferreira do Nascimento
DECLARANTE





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 2008 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: 14/07/2015 14:17:24
Data / Hora da Ocorrência : 14/06/2015 02:20:00
Endereço da Ocorrência: **ROD BR 226**

NAO INFORMADO SENADOR POMPEU /CE
Ponto de Referência: **BR QUE LIGA SENADOR POMPEU A MILHÃ**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO FABIANO FERREIRA DO NASCIMENTO**
Nascimento : 31/10/1979
RG: 326139098 Órgão Emissor: SSP IJE: CE - CPF: 03286736333
Filiação: **FRANCISCO FERREIRA DO NASCIMENTO**
MARIA DO ROSARIO DO NASCIMENTO
Endereço: **SIT OITICICA**
ZONA RURAL 53600000
SENADOR POMPEU CE BRASIL Telefone: **88 92179851**

Histórico

Comparecer em caráter desta Delegacia de Polícia Civil, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte: Que na data, hora e local, acima citado, o (a) declarante sofreu um acidente de trânsito quando trafegava conduzindo a motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS, ano de fabricação/modelo 2006/2008 cor CINZA, placa NRE-6243 Montanha CE, chassi 9C2K08108R301353 licenciada em nome de Antonio Sergio Pereira; Afirma o (a) declarante que sofreu em uma curva, vindo cair ao solo; Que o (a) declarante informa que foi socorrido por populares (que não sabe declarar os nomes) para o hospital de Senador Pompeu/CE; Que em consequência do acidente o (a) declarante afirma que sofreu luxação no ombro direito; Afirma ainda o (a) declarante que não foi socorrido (a) por nenhum órgão de atendimento de emergência tipo: Samu, Corpo de Bombeiros e Anjos do Asfalto; Que o (a) declarante procurou esta delegacia para lavrar o presente BO, e foi cientificado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

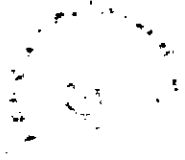
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MIGUEL ARCANJO FROTA JÚNIOR - MAT.: 135498-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : **Antonio Fabiano Ferreira do Nascimento**

VISTO DO DELEGADO(A) :

JEFFERSON LOPES CUSTÓDIO - MAT.: 404548-1-0





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO 3150888004

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Antonio Fabiano Ferreira do Nascimento
PORTADOR(A) DO RG Nº 3261390-98 EXPEDIDO POR Ssp. OE EM 27/01/1998
CPF 039867363-33 /CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 350,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio Fabiano F. do Nascimento AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

- Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:
- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
 - Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
 - Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
 - Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
 - Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
 - Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
 - CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
 - Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0239-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 15.310-9

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

SEN. Paulo 27 de AGOSTO de 2015
LOCAL E DATA

Antonio Fabiano Ferreira do Nascimento
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

11

11



SINISTRO 3150888004 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO FABIANO FERREIRA DO NASCIMENTO
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Investprev Seguradora S/A
BENEFICIÁRIO ANTONIO FABIANO FERREIRA DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 03286736333



Posição em 25-02-2016 08:44:06

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 843,75

Data de liberação do pagamento: 26/02/2016

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data da liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
26/02/2016	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

AGUARDANDO RESULTADO DA CONSULTA





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antonio Fabiano Ferreira do Nascimento portador da carteira de identidade nº 3261390-98 e inscrito no CPF/MF sob o nº 032.867.303-33 residente e domiciliado na Sítio Oiticica Cidade Senador Pompeu Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Antonio Fabiano Ferreira do Nascimento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SENADOR POMPEU - CE 27/AGOSTO/2015

Local e data

SECRETARIA DE VARIAS
114



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - D.P.I.
1ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SENADOR POMPEU-CE

MOTIVO: ASSASSINIO - ATOS CRIMINAIS. Furtivo de Polícia, matricula nº 136.491-1-1 em exercício na Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu-CE, no uso de suas atribuições legais, etc...

CERTIFICA, para os devidos fins e efeitos legais que na cidade de Senador Pompeu não existem Delegacia Civil, Armas de fogo, corpo de bombeiros e Polícia Rodoviária Federal; Que em razão dos aspectos de trânsito mantiveram-se nas mesmas das coisas em área rural, não são encaminhadas à Polícia Militar e Civil, onde muitas vezes a própria pessoa é socorrida por populares, quando não a própria pessoa vai sozinho para o hospital. Assim sendo, nos baseamos na declaração da vítima e testemunhas, bem como na declaração médica que atesta o acidente. Vale ressaltar que nós na condição de funcionários Públicos não podemos negar em fazer os registros. O referido é verdade, seu fé.

Cartório da Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu-CE, aos trinta (30) dias do mês de setembro de ano de dois mil e quarenta e nove (2019).

Delegado de Polícia

REGISTRAR DO CEARÁ



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - CE Nº 9067804679
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: ZEL102 COD. RENAVAM: 134075170 RNTAC: 0000000000 EXERCÍCIO: 2014

ANTONIO BERCIO FERREIRA

MOMBACA/CE

CPF/CNPJ: 97265985320 PLACA: NR56243

PLACANT. DP: *****/CE CHASSI: 9C2KCC810BR301353

REGISTRO DE VEÍCULO

FAVORÁVEL

FAVORÁVEL

HONDA/CG 150 TITAN ES ANO: 2008 2008

CAP. POT. / CL: 2P/OCV/149CC CATEGORIA: PARTIC OCUP. DOMINANTE: CINEA

I	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA
P	***** **	**/**/**	1*****
V	FAIXA IRVA	PARCELAMENTO, COTAS	2*****
A	***	***** **	3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOP (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

286.75 1.11 292.01 06/05/2014

OBSERVAÇÕES

MOMBACA LOCAL: DATA: 01/09/2014

Assinatura: Assinatura:

CONTRAN

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

GE Nº 9067804679 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO: 2014

CPF/CNPJ: 97265985320 PLACA: NR56243

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO: 2014 DATA EMISSÃO: 01/09/2014

CPF/CNPJ: 97265985320 PLACA: NR56243

FAVORÁVEL

FAVORÁVEL

194075170 HONDA/CG 150 TITAN KE

ANO: 2008 09 9C2KCC810BR301353

PRÊMIO TARIFÁRIO

FAIXA (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
129.04	4.34	143.38
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL PRÊMIOS (R\$)
4.15	1.11	292.01

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE COTAÇÃO: 06/05/2014

Seguradora: **vidant dos Consórcios**
do Seguro DPVAT S/A

LOTE/DOC: 90293/41 CNPJ: 09.248.608/0001-04

MOTOR: KC05818701353



100



SECRETARIA DE SAÚDE
Fls. 16
/

Dr. Fernando Higor Fayad Fernandes Vieira

Médico CRM 12721

Praça da Juventude SM Senador Pompeu - Ce

Relatório Médico

Relato para os devidos fins, junto ao DPVAT. Que o Sr. (a):

Antonio
fatouso ferreira do Nascimento

Foi vítima de acidente de trânsito dia 14/08/15 onde o mesmo sofreu:

Queda de motocicleta com trauma no corpo e
fratura da base da espinha dorsal com lesão da
coluna direita

E submeteu-se a tratamento: Clínico; Cirúrgico; Fisioterapêutico;

Conservador, complementando com: analgesicos, AINES

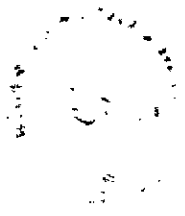
Encontrando-se de alta clínica e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível de: 60% - sequelas de trauma

devido

Dr. Fernando Higor Fayad E. Vieira
CREMEC 12721
MÉDICO

Dr. Fernando Higor

CRM: 12721



02/02

FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de identificação

D.N. 51 130 179

H

MATERNIDADE E HOSPITAL
SANTA ISABEL
Rua Joaquim F. de Magalhães, 997
Fone: 88 9971 3132
SENADOR POMPEU-CEARÁ

Nome do Paciente

Av.º Fabiano Ferreira de Nascimento

Profissão	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nac.
Agricultor	35	PB	M	solteiro	S. Pompeu	PB

Residência
S. Vitória

Pai
F.º Ferreira de Nascimento

Mãe
Márcia de Ransia de Nascimento

Responsável
Telefone: 91064615

O Paciente chegou ao hospital		Atendimento	Data	Hora
<input type="checkbox"/> Andando	<input type="checkbox"/> Regular	SUS	14/06/15	02:20
<input type="checkbox"/> De Automóvel	<input type="checkbox"/> Passando Mal	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho		
<input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/> Comatoso	Local		
<input type="checkbox"/> Aparentemente bem	<input type="checkbox"/> Com Hemorragia			

Quebra principal e Resumo da Doença Atual

Acidente a 1 m de altura com lesão
em ombros direitos

CONFERE COM ORIGINAL
24/06/2015
RESPONSÁVEL - SAME
M.H.S.I.
CNPJ 07.802.697/0002-44

DADOS CLÍNICOS					DIAGNÓSTICO	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA			PESO
MÁX	MÍN		AUXILIAR	RETAL		
110	80		36.2			

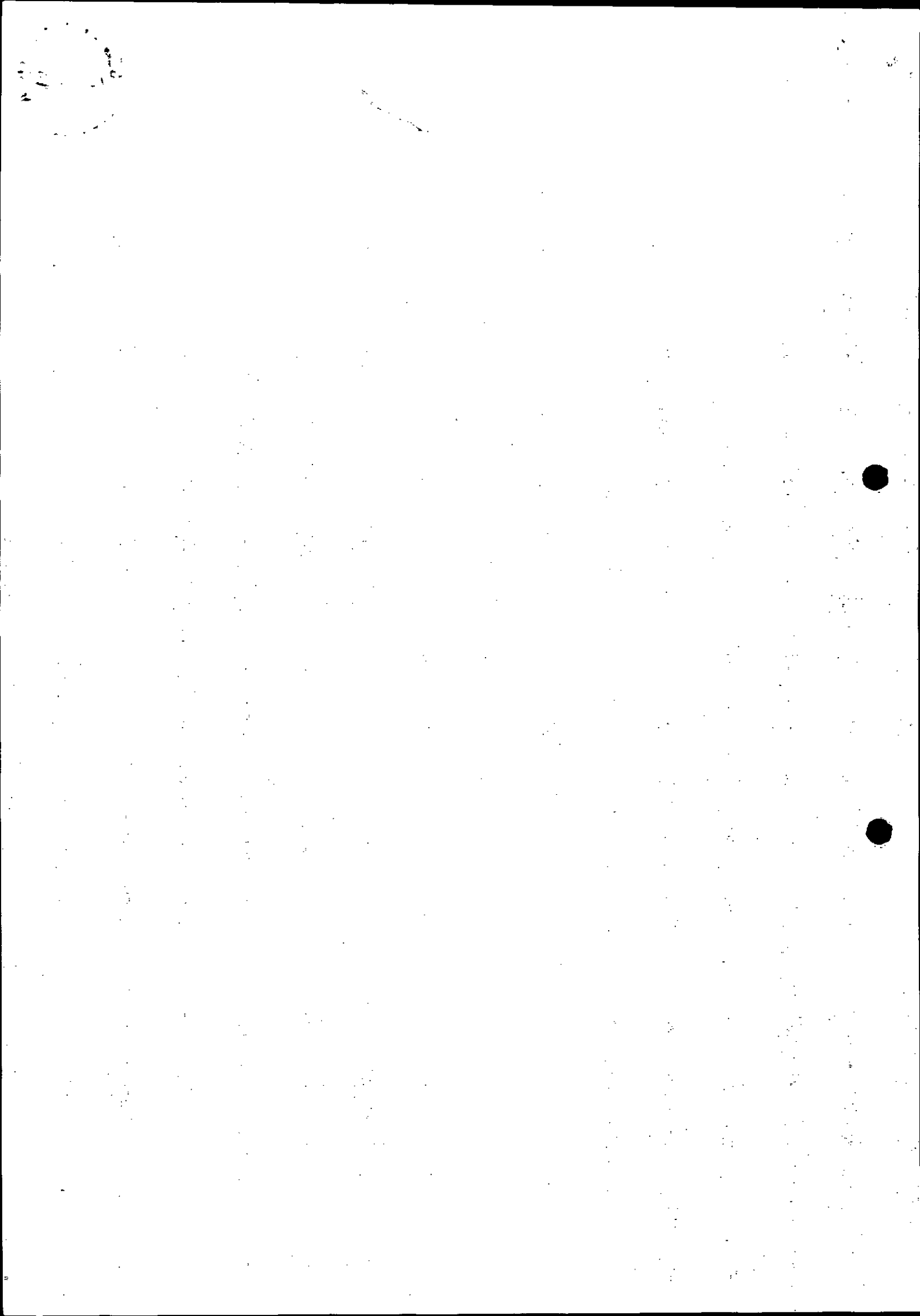
TRATAMENTO:

1) Voltarem + Dora 1 Amp IM 02:40

2) Rx de ombros direitos AP + Perfil

s. Cliente vítima de acidente de moto, apresentando escoriações + espeta de fratura de ombro D. aguardar Rx. (Amar)

DESTINO DADO AO PACIENTE	Medicação Administrada por:
<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Em Observação <input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório <input type="checkbox"/> Óbito às _____ horas após chegada A.U.E. <input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento	Exames Complementares
<input type="checkbox"/> Internado <input checked="" type="checkbox"/> Transferido 9:20h Heli Porta spets destino Sabon: Ede de Rf e Caparede	Diagnóstico Definitivo
Assinatura do Paciente ou Responsável	Ass. do Médico
Antônio Caspino de Oliveira	Dr. José Tadeu C. C. CRM: 15821 MÉDICO





MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

Rua Joaquim Ferreira de Magalhães, 997 - Centro
Fone: (88) 3449.1217 - Fax: 3449.1228 - (88) 9971 3132
CEP 63600-000 - Senador Pompeu - Ceará
CNPJ 07.802.697/0002-44 - CGF 06.633.145-5



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

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

NOME: Antonio Sabiano Ferreira do Nascimento TEL.: _____

SEXO: M () F () IDADE 35 OCUPAÇÃO _____ CEP: _____

ENDEREÇO: Sítio Otava BAIRRO _____ CIDADE Senador Pompeu

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: _____

pt vítima de acidente com motocicleta com possível fratura

nojo/ ombro direito. Poda parcial de m. coracoclavicular. O hospital encontra-

RESULTADO DO EXAMES se um resumo radiográfico.

CONDUJA JÁ REALIZADA: _____

fratura em ombro / luxação?

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: _____

Dr. João Paulo

CRM 15821

MÉDICO

Médico

FUNÇÃO

14/06/15

DATA

HORA

ASS. DO ENCAMINHANTE REG. _____

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:

AMBULATORIAL () HOSPITALAR () AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ()

PROCEDIMENTO: Rx de ombro direito (avaliação clínica) PROFISSIONAL Ortopedia / Ra do.

UNIDADE DE REFERÊNCIA _____ DATA _____ HORA _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA _____

MUNICÍPIO _____ PRONTUÁRIO Nº _____ ALTA _____

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO _____

RESULTADO DE EXAMES _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL _____ CID _____

SECUNDÁRIO 1 _____ CID _____

SECUNDÁRIO 1 _____ CID _____

CONDUJA REALIZADA _____

PROPOSTA DE CONDUJA 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.

Motorista - Gilman Souza, 9:20
Sec. Enf - Aparecida.

CONFERE COM ORIGINAL
24/06/2015 MLK
RESPONSÁVEL - SAME
MHSI
CNPJ 07.802.697/0002-44

APR 19 1964



SECRETARIA DE SAÚDE
19



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
QUIXERAMOBIM - CE

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que AURANIO FABIANO F. DO NASCIMENTO recebeu atendimento médico em 14/06/15 com diagnóstico de: LUXAÇÃO OMBRO (D)

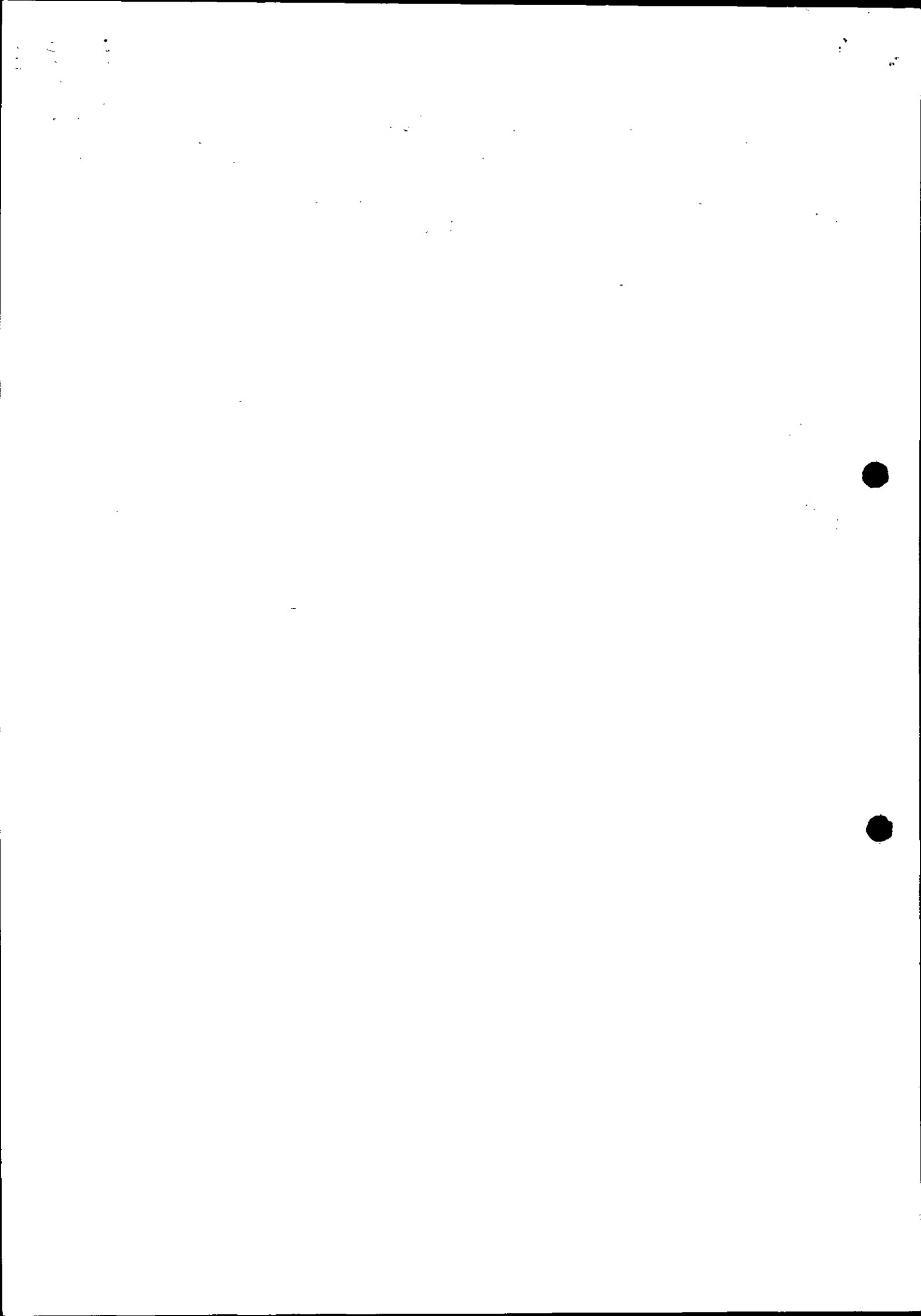
o (a) mesmo(a) está necessitando de: 10 (- DEZ -) dias de licença do trabalho, a partir da data do atendimento.

Quixeramobim - CE 14/06/15

CRD: 5430

Dr. Dejaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE 13202

MÉDICO - CRM



SECRETARIA DE SAUDE
Fls. 20
7

RECEITUÁRIO MÉDICO
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO

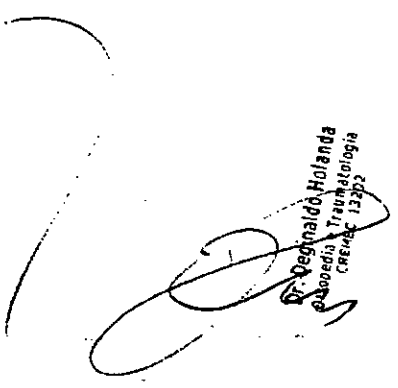
Nome: ANTONIO FABIANO F. DO NASCIMENTO

2/

150 URA

① BIPHENID 150mg ——— 1ca
1 Com (Dia, 7 Dias)

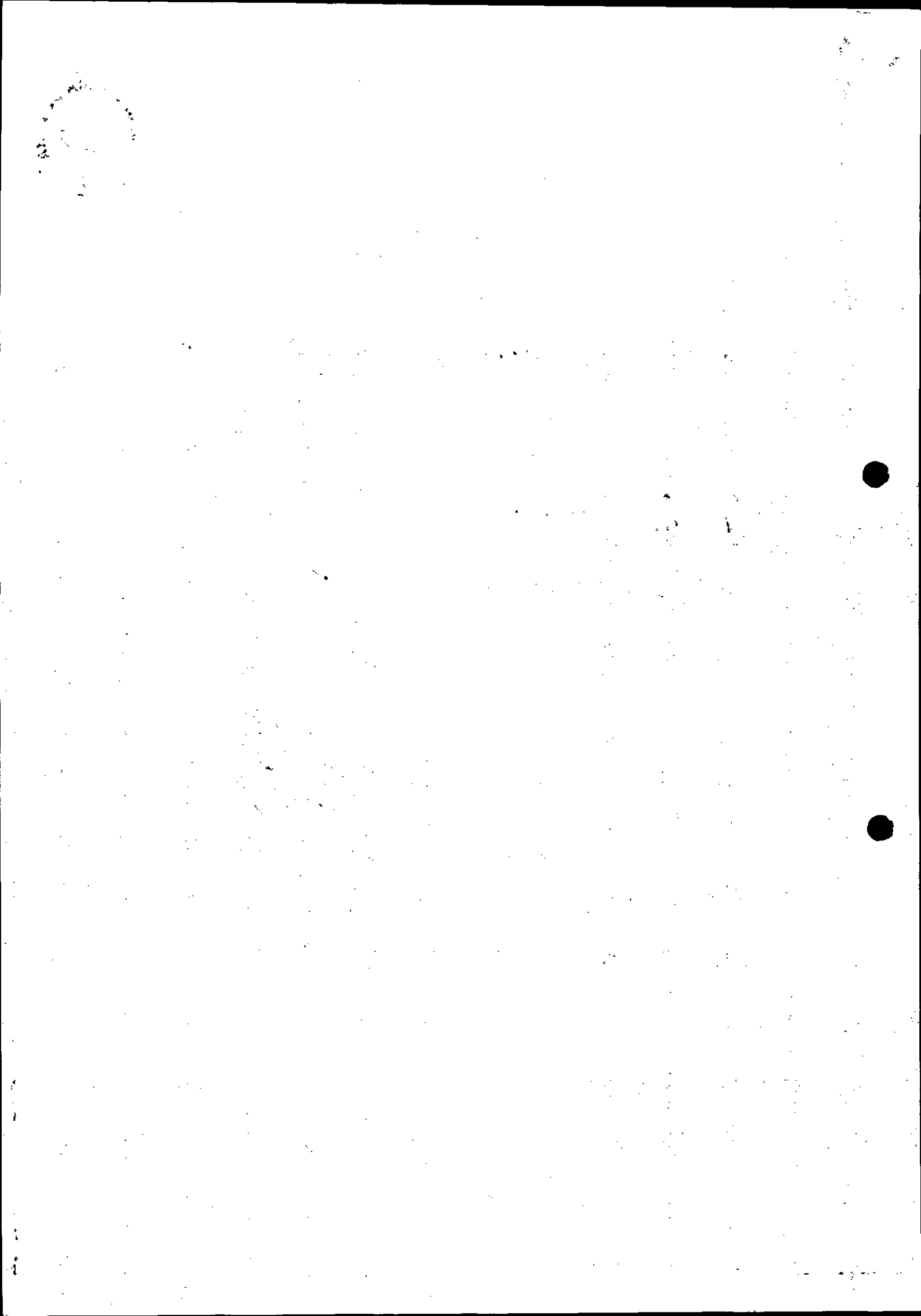
14/06/15



Dr. Reginaldo Holanda
Especialista em Dermatologia
CRM 12823

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
NACIONAL

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA. NÃO TOME POR SUA CONTA.





Del-7 (85) 94-06-46-13
Nº 57 S.º 2.º
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria de Saúde e Saneamento
Senador Pompeu ★

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Antônio Fabrício Ferreira Idade: 76

Endereço: Rua Amândia, nº 400 PSF: Centro

Impressão Diagnóstica: Residência A 12180

Prick Test de embaco D. (Vitória de
Prévias nosódia
Sua mãe e dor
de Anti-braso

Data: 02.07.15

Antonio Pereira dos Vileira
C.R.M. 50152
CPF 12271613-53

100

100

100





FICHA DE REFERÊNCIA

Nome: Ant^o Fabiano Ferreira Neto
Sexo: M Idade: 30 Profissão: _____
Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

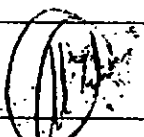
Unidade Adscritiva: _____

Agente de Saúde: Genoveza Lima (St Otavio)

Encaminhado do(a): UF Leito

Para: Antepulida (Urgente)

Motivo do Encaminhamento:
Paciente vítima de acidente automobilístico há 17 dias, deslocando
ombro (D), relato ainda sobre dor no coto braço e persistência
na região da mão (D). Paciente relata que não consegue
ter mobilidade no braço e anti-braço. Paciente necessita
de uma avaliação, após pelo menos,

 Encaminhamento: 1 Proprietário Função: _____ Data: 01/07/2015

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

Nome: _____

Procedimentos: _____

Data: / / Consultante: _____