



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, VILMAR BARROSO CHAVES
brasileira(o), profissão AGRICULTOR, estado civil
SOLTEIRO, portador(a) da Cédula de Identidade n.º
323616798, inscrita(o) no CPF sob o n.
892.636.082-5, residente e domiciliado(a) na
Rua/Avenida/Localidade RUA CRIANGA, S/N CARAPICHO /
TRAIRI CEARÁ CEP 62.690.000

_____, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção. Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Trairi - CE, 08 de DEZEMBRO 2017.

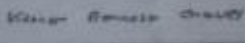
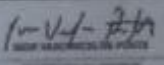
Vilmar Barroso Chaves

DECLARANTE



DOCUMENTOS PESSOAIS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL					
MINISTÉRIO DAS CIDADES					
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO					
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO					
NOME: VILMAR BARROSO CHAVES					
					
DOC. IDENTIDADE / CADASTRO Nº	229416798 SSP CE				
CIT	892.636.003-25				
DATA DO NASCIMENTO	15/04/1980				
FILIAÇÃO					
RAIMUNDO PIRES CHAVES					
MARIA BARROSO PIRES CHAVES					
PERMISSÃO	REC	CEHSE			
Nº HABITADO	04348064274	VALOR	09/09/2016	1ª EMISSÃO	09/04/2016
OBSERVAÇÃO:					
EXERCE ATIV. REMUNERADA:					
					
LOCAL: FORTALEZA, CE					
DATA: 11/04/2016					
					
59315600009					
CE152902287					
UETRAN-CE (OLAMA)					



COMPROVANTE DE ENDEREÇO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

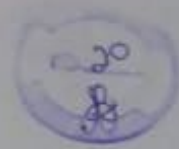
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, VILMAR BARROSO CHAVESRG nº 329616798, data de expedição 09/04/2015 Órgão DETRAN/CECPF nº 892.636.003.25, 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>PV CRIANCOR</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CARRAPILMO</u>
Cidade	<u>TRAIRI</u>
Estado	<u>CEARÁ</u>
CEP	<u>62.690.000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 996761388</u>
E-mail	<u>ADRIANO.PINHEIRO.ADV@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TRAIRI/CE - 07.03.2017Assinatura do Declarante: Vilmar Barroso Chaves



BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 561 - 1913 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/09/2016 17:15:48**
Data / Hora da Ocorrência: **03/09/2016 20:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA JOAQUIM LUCAS TEIXEIRA**
Complemento:
Bairro: **VOLTA DO S** Município: **TRAIRI/CE**
Ponto de Referência: **BAR DAS DORES**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **VILMAR BARROSO CHAVES**
Nascimento: **15/04/1980** CPF:
RG: **329616798** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA BARROSO PIRES CHAVES**
RAIMUNDO PIRES CHAVES
Endereço: **RUA LOCALIDADE RETALHO, 34**
Bairro: **CORREGO FUNDO** CEP:
Município: **TRAIRI/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

O DECLARANTE INFORMA QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUANDO ESTAVA NA CONDUÇÃO DA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN ES, ANO/MODELO 2007/2007, DE COR PRETA, DE PLACA HXU-5334, DOCUMENTADA EM NOME DO DECLARANTE; QUE NA OCASIÃO, O DECLARANTE AFIRMA QUE UM FIAT/UNO DA EMPRESA DARCY PACHECO, QUE PRESTA SERVIÇO PARA UMA EMPRESA EÓLICA, VEIO AO ENCONTRO DO DECLARANTE QUE TRANSITAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO; QUE O DECLARANTE AFIRMA AINDA TER TENTADO DESVIAR DO FIAT, MAS NO ENTANTO FOI COLHIDO POR ELE; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE TEVE UM CORTE NA COXA DA PERNA ESQUERDA E UMA FORTE PANCADA NA CABEÇA E OUTRA NO TÓRAX; QUE FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE TRAIRI E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SÃO CAMILO, EM ITAPIPOCA; QUE TEM COMO TESTEMUNHAS DO ACIDENTE A SUA ESPOSA KEILIVANE SIMPLÍCIO BARBOSA, RG 2009097023935 E ADAIR JOSÉ PINTO SOUSA, RG 050547; QUE REGISTRA ESTE BO PARA DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :
JOSÉ REINALDO PAES RODRIGUES LINS - MAT.: 300054-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Vilmar Barroso Chaves

VISTO DO DELEGADO(A) : MARCO AURELIO EHMKE PIZZOLATTI - MAT.: 300555-1-9



DOCUMENTAÇÃO MÉDICA

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAIRI



FICHA DE ATENDIMENTO

RG. 329616799

Data: 08-16		Horário: 20:40	Paciente chegou: ☐ Meios próprios ☒ Ambulância	
Nome: Maria Barrero Chaves				
Sexo:		Data de Nascimento: 15-04-1980	Nº do RG	Telefone: (81) 997946206
Cartão do SUS:		Profissão:		
Bairro: Boa Esperança		Recepcionista: Jandiel Mesquita		
Estado: Ceará	mmHg	T: °C	Glicemia: mg/dl	P: Kg Pulso: bpm SPO ₂ : %

Paciente vítima de acidente de moto avaliada com
ferimentos extensos em Joelho esquerdo com fratura
de fêmur.

Idade: 15, PA (130/80), FC (80), FR (20), ST 02:58
Lado: Ferimento de joelho

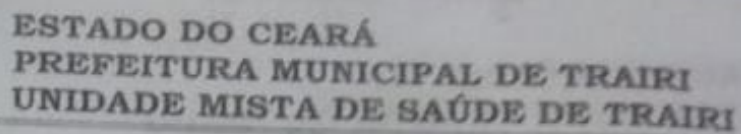
Exames Solicitados

Exame 1: Trauma	2.
Exame 2: Joelho	4.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

Dr. Carlos Simplicio
MEDICO
CREMEC 15.115

DESTINO DO PACIENTE		DATA DA SAÍDA	HORA DA SAÍDA
☐ Transferência	☐ Óbito		
Assinatura do Paciente ou Responsável			

[illegible]

ATA

EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO	
31/08/16	Paciente deu entrada no hospital por acidente de moto. Laceração em joelho (E) Encaminhado ao HSC de Itapipoca.

Eye Motion
3.67015

...de Or
...Sanit

100

des En

2022

3

impressão

Dr. C.

2/

Secur



Estado do Ceará

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



1. Preencher a ficha em três vias.
2. Ao terminar a consulta ou
tratamento, entregar a 2ª via ao
paciente, orientando-o para retornar
com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Nome: Vilma Bezerra Chaves

Município: _____

Sexo: M ☐ F ☐

Data de Nascimento: ____/____/____

Prontuário nº: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Ocupação: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Paciente com dor de cabeça de muito grande intensidade com vômitos e
resultados de exames:
Glicose 15, FC (20), FR (20), S.T. 0.98.

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstico: Lesão de nível

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____

Função: _____

Data: 3/9/14

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: _____

CID.: _____

Secundário 1: _____

CID.: _____

Secundário 2: _____

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



SÃO CAMILO

Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo



RECEITA MÉDICA

Atuário/Atendimento: 162578/7

Paciente: VILMAR BARROSO CHAVES - 36 Ano(s)

Nasc.: 15/04/1980

Sexo: Masculino

Plano: SUS

Dt./Hr. Impressão: 06/09/2016 09:18

Endereço: RUA BOA ESPERANÇA, SN, CENTRO, TRAIRI - CE - CEP: 62690-000

Prescrição

CELETOPROFENO DE 100MG COMP

Dosagem Via

Quant.

Apres.

100mg oral

1 (UM)

com

Duração do Tratamento: 5 DIAS

Modo de Usar: Interno Frequência: 12/12 H

COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS POR 5 DIAS

CEFALEXINA 500MG

500mg

oral

1 (UM)

cap

Duração do Tratamento: 7 DIAS

Modo de Usar: Interno Frequência: 06/06 H

COMPRIMIDO DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS

06 de setembro de 2016

Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

ADRIANO DE ALMADA FERREIRA - CRM12320



Resumo/Sumário de alta

Paciente: VILMAR BARROSO CHAVES	Nome da Mãe: MARIA BARROSO PIRES CHAVES	Prontuário: 162578
Data de Nascimento: 15/04/1980	Convênio: SUS	Data da Internação: 03/09/2016
Idade: 36 Ano(s)	Aposento: ENFERMARIA	Leito: 029 - 0001
Fator: POSTO 2	Profissional Resp.: JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR	CRM: 4920
Diagnóstico Principal: S81.9 Ferimento da perna, parte não especificada	Hora: 09:16	
Data: 06/09/2016		

Objetivo da Internação:

Paciente com lesão do quadríceps

Conduta / Tratamento Realizado:

Analgesia

Exames Realizados:

Conduta Pós-Alta:

Acompanhamento ambulatorial

Observações de Saída:

Alta com previsão de retorno para acompanhamento do paciente

Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

RESPONSÁVEL: ADRIANO DE ALMADA FERREIRA - CRM-CE 12320

24/09/16
7:30
Dr. Hernani

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

ATESTADOR MÉDICO

ATESTO ALO VILMAR B. CHA
VES, SOFRIU AUGE NTE DE
MÚLTIPLO OCORRIDO NO DIA
05/09/2016 COM LESÃO EX-
TENSIVA DE COXA E, E FEITO
ACERVO MUSCULAR, AVALIARTE
CICATRIZADO, PARTIL COM
ATROFIA DE COXA E + LIMI-

ITAPIPOCA, _____ de _____ 20____

ASSINATURA E CRM

 Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100

NAPO NA KEXAS NA
O NA 400 G, E QUE IN-
PEDE 800 NEDONAL N
NA BALNO NENA, E QUE
DEONT CONNATAR COM
FIPOTARIN E SELLICHO
KASNA - 10 POR O 000
N 0500

CID M76.1+5762+
M25.5+M62.5

1/2/2002
03/12/16
Dr. José Hermínio C. D. Jr.
ENTENDIDA: 100% SINTOMATICA
CM: 10 0000
OF 178.00 500.00

RECUPERAÇÃO MEDICA



SÃOCAMILO

Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

CNPJ 60.975.737/0013-95

RUA RUA URBANO TEIXEIRA DE MENEZES, 01 - 62500-000 - ITAPIPOCA - CE



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr(a) VILMAR BARROSO CHAVES necessita afastar-se de suas atividades de 06/09/2016 (terça-feira) até 09/09/2016 (terça-feira), para tratamento médico.

ITAPIPOCA - CE, 06 de setembro de 2016 - 09:18

Adriano de Almada Ferreira

ADRIANO DE ALMADA FERREIRA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAIRI



FICHA DE ATENDIMENTO

09.16	Horário: 22:59	Paciente chegou: ☒ Melos próprios ☐ Ambulância	
Nome: Barrato Chaves			
Nome: Barrato Zuzi Chaves			
Idade: 60	Sexo: M	Data de Nascimento: 15.04.80	Nº do RG
Cartão do SUS:		Profissão:	Telefone
Bairro: Boa Esperança		Recepcionista: Lucia	
mmHg	T: °C	Glicemia: mg/dl	P: Kg
			Pulso: bpm
			SPO ₂ %

em pós-op de joelho após controle de nota re ao PA
guia de dor local e febre

Alco: Sol. algua.

Exames Solicitados

- 2.
- 4.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

[Assinatura]
Médico
CRM 12.614

DESTINO DO PACIENTE	DATA DA SAÍDA	HORA DA SAÍDA
() Transferência () Óbito		

do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável:

Katharine Simplicio Barbosa

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAIRI



FICHA DE ATENDIMENTO

Nome	José	Idade	32.18	Paciente - origem	De dentro do município	☐ Externado
Endereço	Barro Branco chaves					
Nome	Barro Branco	Pais	chaves			
Sexo	M	Data de Nascimento	15.04.1980	UF do RG	Tributação	
Cartão de SUS			Profissão			
Especialidade			Número			
Estado	CE	Responsável	Kelly			
Telefone	(085) 3333-3333	Cidade	TRAIRI	UF	CE	UF do RG
T-31 T-41.4 18/01						

Giz e lápis + náusea

Exames Solicitados

2
4

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável

Dr. Patrício Manoel
Médico da Família
CREMIO 18.143

DESTINO DO PACIENTE

☐ Transferência ☐ Óbito

DATA DA SAÍDA

HORA DA SAÍDA

Assinatura do Paciente ou Responsável

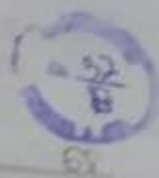
Kelvane Simplicio Barbosa



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAIRI

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	SINAIS VITAIS
	① Isonal 200mg + SFO, 3x 200ml, EV, lenta ② Monitorar e observação ③ DIAPROD 0,100 100ml EV ④ TERAPIA DE 100ml 5% 0,9% EV ⑤ Alta	23/20 Interim Faria de Menezes MSc. de Enfermagem COREN-CE Nº 390910 06/00 Wilson Luiz de Barros de Enfermagem COREN 629018	
ATA	Dr. Luiz Caio Bezerra Alves MÉDICO CREMEC 17996 Dr. Adilson S. Faria Médico - CREMEC 16390	EVOLUÇÃO	

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAIRI



FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 13/09/2016		Horário: 10:49		Paciente chegou: ☒ Meios próprios ☐ Ambulância	
Nome: Vilmar Barbosa Chaves					
Mãe: Maria Barbosa Pires Chaves					
Idade: 36	Sexo: M	Data de Nascimento: 15.04.1980		Nº do RG	Telefone
Endereço: Boa Esperança		Cartão do SUS:		Profissão:	
Bairro:		Estado: CE		Recepcionista: Jansine	
Pressão: / mmHg	T: °C	Glicemia: mg/dl	P: Kg	Pulso: bpm	SPO ₂ : %

História Clínica:

Paciente com epilepsia persistente após acidente há 10 dias.
Faz 7 dias hoje, apresentando convulsões

Diagnóstico:

Exames Solicitados

2.

4.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

[Assinatura]
Dra. Adilene S. Feitosa
Médica - CRM 14.849

DESTINO DO PACIENTE

☐ Alta

☐ Transferência

☐ Óbito

DATA DA SAÍDA

HORA DA SAÍDA

Objetivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável

Vilmar Barbosa Chaves

INAIS VITAIS

Santa
Agnes

Santa
Agnes
185

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAIRI



337

FICHA DE ATENDIMENTO

15.09.2016		Horário: 15:50hs	Paciente chegou: ☒ Meios próprios ☐ Ambulância	
Nome: Kilmar Barroso Chaves				
Mãe: Maria Pires Chaves				
Idade: 36a	Sexo: m	Data de Nascimento: 15.04.1980	Nº do RG	Telefone: 996940273
Profissão:		Cartão do SUS:		
Endereço: Boa Esperança		Bairro:		
Cidade: Trairi		Estado: PE		Recepcionista: Eliene
Pressão: / mmHg	T: °C	Glicemia: mg/dl	P: Kg	Pulso: bpm SPO ₂ : %
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:
Kilmar Barroso Chaves

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAIRI



219

FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 15/09/2016		Horário: 15:35		Paciente chegou: (x) Meios próprios () Ambulância	
Nome: Vilmar Barroso Chaves					
Mãe: Helena Barroso Dias Chaves					
Idade: 36		Sexo: M		Data de Nascimento: 15.04.1980	
Nº do RG		Telefone		Profissão:	
Cartão do SUS:		Profissão:			
Bairro: Boa Esperança		Bairro:			
Estado: CE		Recepção: J. Maria			
T: mmHg		T: °C		Glicemia: mg/dl	
P: Kg		Pulso: bpm		SPO ₂ : %	

História Clínica:

Paciente com dor de cabeça e febre há 14 dias, evoluindo com sintomas de gripe e tosse.

Diagnóstico: Sinusite

Exames Solicitados

2.

4.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

Dr. Caio Simplicio
MEDICO
CREMEC 15.186

DESTINO DO PACIENTE

DATA DA SAÍDA

HORA DA SAÍDA

Alta

() Transferência

() Óbito

Óbito do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável

Juliane Simplicio Barbosa



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAIRI



FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 21.09.2016		Horário: 15:46	Paciente chegou: ☒ Meios próprios ☐ Ambulância	
Nome: Wilson Barroso Chaves				
Mãe: Maria Barroso Pires Chaves				
Idade: 36 a	Sexo: m	Data de Nascimento: 15.04.1980	Nº do RG	Telefone
Profissão		Cartão do SUS:	Profissão:	
Endereço: Rua Exata		Bairro:		
Cidade: Trairi		Estado: CE		
Recepcionista: Delmira				
Pressão: / mmHg	T: °C	Glicemia: mg/dl	P: Kg	Pulso: bpm SPO ₂ : %

História Clínica:

Diagnóstico:

Exames Solicitados

- 2.
- 4.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

DESTINO DO PACIENTE			DATA DA SAÍDA	HORA DA SAÍDA
☐ Alta	☐ Transferência	☐ Óbito		

Relatório do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável
Kubiane Simplicio Barbosa



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1- Preencher a ficha de referência em:
2- Ao receber a ficha de referência, o(a) profissional deverá avaliar a qualidade e a validade dos dados, orientando o(a) paciente para a realização de exames e a ida à Unidade de Referência.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____
Distrito Sanitário: _____
Nome: Valmar Manoel Chaves Município: Trairi
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 15/04/80 Prontuário nº: _____
Endereço: Rua Epitácio Ocupação: _____
Bairro: _____ Fone: _____
Motivo do Encaminhamento: Vacinação com cephalix persistente após 10 dias, sem
melhora com analgésicos, insucesso terapêutico
Resultado de Exames: Fez TC de crânio com alteração
Sólido RNM crânio
Conduta já Realizada: _____
Impressão Diagnóstica: Cefalite ale

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____ Função: Enferm Data: 12/02/16 Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico
Procedimento: RNM crânio Data: ____/____/____ Hora: ____
Unidade de referência: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____ Data: ____/____/____
Município: _____ Prontuário Nº: _____
Resumo Clínico/Cirúrgico: _____
Resultado de Exames: _____
Diagnóstico Principal: _____ CID: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ 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: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____
Função: _____



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



1. Preencher a ficha em todo caso.
2. Ao receber a consulta ou
tratamento, entregar a 2ª via ao
paciente, orientando-o para retornar
com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____
Distrito Sanitário: _____
Nome: _____ Município: _____
Sexo: M ☐ F ☐ Data de Nascimento: ____/____/____ Prontuário nº: _____
Endereço: _____ Ocupação: _____
Bairro: _____ Fone: _____
Motivo do Encaminhamento: _____
Resultado de Exames: _____
Conduta já Realizada: _____
Impressão Diagnóstico: *Opção ale*
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____ Função *psiquiatra* Data ____/____/____ Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico
Procedimento: *RNM agudo*
Unidade de referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de referência: _____ Data: ____/____/____
Município: _____ Prontuário Nº: _____
Resumo Clínico/Cirúrgico: _____
Resultado de Exames: _____
Diagnóstico Principal: _____ CID: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ 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 _____



Município de Trairi

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA



1- Preencher a ficha de referência.
2- Assinatura e carimbo do médico responsável pelo tratamento, com a 1ª via ao médico, orientando-o para retornar com a 2ª via à Unidade de Origem.

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Nome: _____

Município: _____

Sexo: M ☐ F ☐

Data de Nascimento: ____/____/____

Prontuário nº: _____

Endereço: _____

Ocupação: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Bairro: _____

Fone: _____

Resultado de Exames: _____

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____

Função _____

Data ____/____/____

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: _____

CID.: _____

Secundário 1: _____

CID.: _____

Secundário 2: _____

CID.: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

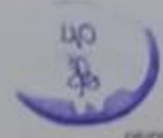
O motivo da referência coincide com diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Função _____

Data ____/____/____

Hora _____

Ass. do Encaminhamento e Carimbo



Unidade: 0002
Data de Nascimento: 15/04/1980
Data de Admissão: 05/09/2016
Hora: 08:12
Plano: SUS
Diagnóstico: S81.9 Ferimento da perna, parte não especificada

Paciente: VILMAR BARROSO CHAVES
Nome da Mãe: MARIA BARROSO PIRES CHAVES
Aposento: ENFERMARIA
Profissional Resp.: JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR
Setor: POSTO 2

Prontuário: 162578/0007
Quarto/Leto: 029/0001
CRM: 4920
Data de Internação: 03/09/2016

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Aprazamento
Ata Hospitalar				

Conclusão Clínica:

Ata Hospitalar

Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

RESPONSÁVEL: ADRIANO DE ALMADA FERREIRA - CRM-CE 12320



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

Nome: Vilmar Barnoso Chaves

Declaro para devidos fins que o paciente encontra-se em atendimento fisioterápico com o diagnóstico de traumatismo do músculo e do tendão do adutor da coxa com perda e atrofia muscular, dor articular e tendinite do péso. Encontra-se impossibilitado para retornar ao trabalho, necessitando de mais atendimentos fisioterápicos.

Trairi,

Dra. Janaina Santos
Fisioterapeuta
CREFITO 94550 - F

11, 01, 17
Data

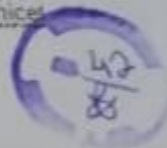
Ass. do Médico - CRM

Secretaria Municipal de Saúde - Av. César Cals, S/N - Centro - Trairi-CE - CEP 62690-000
Fone: 85 3351.1334 - CNPJ: 07.533.948/0001-62 - CGF: 06.920.238-9



Brasão do Município

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



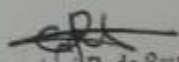
RECEITUÁRIO

Nome: VILMAR BARROSO CHAVES

1. Declara para os devidos fins que o paciente encontra-se sob tratamento fisioterapêutico, com diagnóstico de transtornos do membro da mão e do tendão o tendão da mão, perda e atrofia muscular, dor muscular, apresentando diminuição de força e diminuição da ADM: _____

1 1 1

12, 12, 2016
Data

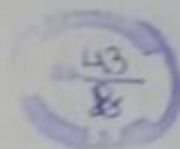

Dr. José R. de Sousa
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 6: 126809

Ass. do Médico - CRM

Secretaria Municipal de Saúde - Av. César Cals, S/N - Centro - Trairi-CE - CEP 62690-
Fone: 85 3351.1334 - CNPJ: 07.533.946/0001-62 - CGF: 06.920.238-9



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

Nome: Vilmar Bonuss Chaves

Declaro para devidos fins que o paciente encontra-se em tratamento fisioterápico, por consequência de um traumatismo do músculo ^{medial} tendão da coxa. Paciente relata perda de força ADM, dor na perna E, dificuldade para deambular e agachar, estando impossibilitado de realizar qualquer esforço físico. Necessita de mais atendimentos fisioterápicos.

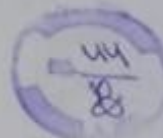
13/02/17

Data

Lucas De Sá Albuquerque
Fisioterapeuta
CREPIL0675-LTF

Ass. do médico - CRM

Secretaria Municipal de Saúde - Av. César Cals, S/N - Centro - Trairi - CE - CEP 62690-000
Fone: 85 3351.1300- CNPJ: 07.533.946/0001-62- CGF 06.920.238-9



SÃOCAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) Sr. (a),

U. Farias B. Chaves
Compareceu neste hospital no dia de hoje das ____ h às ____ h por
motivo de doença, devendo:

() Retornar ao trabalho.

() Ser dispensado no dia de hoje.

(x) Permanecer afastado do trabalho (90) dias a partir de 04/27/16 na

Observações: Prontidão com 20 dias
Tratamento de fisioterapia CID: 179.90

ITAPIPOCA, 24 de 7 20 16

Dr. José Hernani C. O. Jr.
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - CE 4920
ASSINATURA E CRM

Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100



RECEITUÁRIO

Nome: Vilmar Gomes Chaves

Declaro para os devidos fins que o paciente encontra-se em tratamento fisioterápico nesta Unidade de Saúde PSF- Sede em Trairi, em decorrência de um traumatismo musculoligamentar do quadriceps. O paciente sofre de uma crise algica intensa e dificuldade em deambular, tornando-o impossibilitado de realizar atividades diárias.

08/06/17

Data

Débora Mesquita
Fisioterapeuta
CREFIT/CE 234676

Ass. do médico - CRM



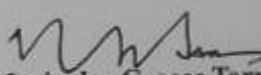
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **VILMAR BARROSO CHAVES**, portador do RG 329616798 inscrito no CPF 892.636.003-25, no dia 3/09/2016, às 20h35, no município de Trairi/CE, na rua Joaquim Lucas Teixeira, vítima de colisão carro com moto, sendo encaminhado para a **Unidade Mista de Saúde de Trairi**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 16 de Agosto de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



DOCUMENTO DO VEÍCULO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIBARIAS

Nº 012636620950

DEPARTAMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS

DATA DE EMISSÃO 15/09/2016

PLACA 926350032

VEÍCULO 926350032

DATA DE REGISTRO 15/09/2016

PLACA 926350032

VEÍCULO 926350032

DATA DE REGISTRO 15/09/2016

PLACA 926350032

VEÍCULO 926350032

DATA DE REGISTRO 15/09/2016

PLACA 926350032

VEÍCULO 926350032

DATA DE REGISTRO 15/09/2016

PLACA 926350032

VEÍCULO 926350032

DATA DE REGISTRO 15/09/2016

PLACA 926350032

VEÍCULO 926350032

DATA DE REGISTRO 15/09/2016

PLACA 926350032

VEÍCULO 926350032

DATA DE REGISTRO 15/09/2016

PLACA 926350032

VEÍCULO 926350032

CE Nº 012636620950 BILHETE DE SEGUNDO DIPIAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGUNDO DIPIAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE 192 6150
ou consulte o site do COBEN/PA
www.dipiatsegundodiipiat.com.br
SAC DIPIAT 0800 022 1204

DATA DE EMISSÃO 15/09/2016

PLACA 926350032

VEÍCULO 926350032

DATA DE REGISTRO 15/09/2016

PLACA 926350032

VEÍCULO 926350032

DATA DE REGISTRO 15/09/2016

PLACA 926350032

VEÍCULO 926350032

DATA DE REGISTRO 15/09/2016

PLACA 926350032

VEÍCULO 926350032

DATA DE REGISTRO 15/09/2016

PLACA 926350032

VEÍCULO 926350032

9102-MV

