



PINHEIRO
Advogados Associados SS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: **SAMUEL BELARMINO BANDEIRA**, menor, nascido em 27/05/2015, representado por sua genitora **AURILENE BELARMINO MATIAS**, brasileira, união estável, agricultora, identidade 2015186207 – 3 – SSPDS/CE, CPF 789.683.213-53, CPF 055.326.157-64, residente e domiciliado neste Município, à Avenida Virgílio Távora, 999 – Fundos – Centro (88 9 92847841) e a própria genitora do mesmo.

OUTORGADO: FERNANDO ANTONIO HOLANDA PINHEIRO, brasileiro, casado, advogado, OAB.CE 7838, CPF 259.581.003.00, com escritório estabelecido no Município de Jaguaribe, Rua Savino Barreira, 779 – Centro.

a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, **poderes especiais para o outorgado ajuizar ação de cobrança seguro DPVAT**, podendo transigir, celebrar acordos, dar e receber quitação, requerer e praticar todos os atos jurídicos e necessários, dando tudo por bom, firme e valioso **DECLARANDO PARA FINS DE DIREITO QUE É POBRE NA FORMA DA LEI**, nos termos do inciso **LXXIV**, do art. 5º da **Constituição Federal**, c/c **parágrafo único**, do artigo 4º da lei nº. 1060/50, haja vista não possui condições financeiras para arcar com as custas judiciais, sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família; ciente de que pela falsa declaração de pobreza, a outorgante responderá civil, penal e administrativamente, de conformidade com a legislação vigente.

Jaguaribe, 21 de outubro de 2019.

Aurilene Belarmino matias

ESCRITÓRIO: Rua Savino Barreira, 779 – JAGUARIBE – CEARÁ
(88) 3522.12.87 - 9967.25.99
pinheiroadvocacia7@gmail.com
CNPJ 17.852.277/0001-45



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO SERIAL	2015186207 - 3	DATA DE EXPIRAÇÃO	03/12/2015
NOME AURILENE BELARMINO MATIAS			
FILIAÇÃO FRANCISCO CANDIDO GOMES			
ROSA BELARMINO GOMES			
NATURALIDADE	JAGUARIBE - CE	DATA DE NASCIMENTO	06/08/1973
BOM ORDEM			
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 3121 FOLHA: 108			
LIVRO: B-012 JAGUARIBE - CE			
CPF	P.: 105		
ASSINATURA DO DIRETOR		Polegar Direita	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		Polegar Esquerda	
VITA		CARTEIRA DE IDENTIDADE	

CÓDIGO DE CONTROLE
8E9E.D939.FD90.73D5



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:31:25 do dia 05/02/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número:
789.683.213-53

Nome
AURILENE BELARMINO MATIAS

Nascimento
06/08/1973

Nº do Cliente: **164964**

A Larte Brasi de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

enel

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 160
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.849-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 024698276

Rota JB010U22 - 58000
Nome FRANCISCO XAVIER DA CUNHA
Endereço AV VIRGILIO TAVORA, 00999, SEM BAIRRO 1700-000, 63475-000, JAGUARIBE

Classificação Residencial Pleno
Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico

Emissão 15/10/2019
Medidor 268605 - FAE-005

ÁREA RESERVADA AO FISCO

EDF15FE40362B8055755808EE1021512

DATAS DE LEITURA P.F.: 31 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
14/09/2019	15/10/2019	16/11/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Conet.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Est. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	40.257	40.196	1.00	61	00	61	0,72607	44,29

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC	4,20
CONSUMO	0,72607
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00951
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,02770
MULTA	0,85

Tributo: Base (R\$): Alíquota (%): Valor (R\$):

ICMS	46,56	27,00	12,56
PIS	46,56	0,03	0,00
COFINS	46,56	0,14	0,05

VEICAMENTO 22/10/2019 **DEBITO A PAGAR (R\$)** 51,61

CONSUMO CONSCIENTE **CPF/CNPJ** 546.305.843-15

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh): Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂): Compensado kg (CO₂): Consideração Ecológica (%CO₂):

23,81 0,00

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA Você possui conta(s) em atraso (Ref: 2019/09 Valor R\$47,38). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art. 173. Ao lado, detalhe do débito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000000164964.

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha: 15/09 - 30/09 Amarela: 01/10 - 15/10

Nº do Cliente: 164964 Referência: 10/2019 V: [1.0.0.5]
Data de Emissão: 15/10/2019 Total a Pagar (R\$): 51,61
Nº da Nota Fiscal: 024698276 Nº de Controle: 10004737932

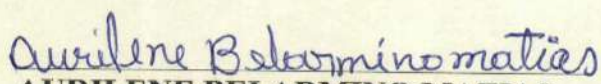
33810000000 0 51610031010 7 004737932 07 7 00000164964 7

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, **AURILENE BELARMINO MATIAS**, portador(a) da cédula de identidade **2015186207-3 SSPDS/CE** e CPF **789.683.213-53**, declaro para os devidos fins, que não possuo comprovante de residência em meu nome, e que resido na **AVENIDA VIRGILIO TAVORÁ, 999 – CENTRO, JAGUARIBE/CEARÁ.**

E por ser a expressão da verdade, assino a presente declaração:

Jaguaribe/Ceará, 21 de Outubro de 2019.


AURILENE BELARMINO MATIAS



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 472 - 847 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/06/2017 11:15:14**
Data / Hora da Ocorrência: **25/09/2016 01:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA ROD CE (JAGUARIBE X FEITICEIRO)**
Complemento:
Bairro:
Município: **JAGUARIBE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EUDIMAR FELIX BANDEIRA**
Nascimento: **30/01/1978** CPF:
RG: **54514295-7** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LUÍZA DA SILVA BANDEIRA**
LUIZ FELIX BANDEIRA
Endereço: **SÍTIO VÁRZEA DO JUAZEIRO**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **JAGUARIBE/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **LUIZ FELIX BANDEIRA**
Nascimento: **10/10/1950** CPF: **195.363.993-34**
RG: **2017023545-3** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ALZIRA FELIX BANDEIRA**
VICENTE BANDEIRA DE LEMOS
Endereço: **SÍTIO VÁRZEA DO JUAZEIRO**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **JAGUARIBARA/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **DCS0445** UF: **CE** Município: **JAGUARIBE** Chassi:
9C2KD0550BR047715 Renavam: **343865718** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **LUIZ FELIX BANDEIRA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

QUE A@ genitor de EUDIMAR FELIX BANDEIRA, o qual NÃO A@ habilitado para pilotar motocicleta; QUE o declarante A@ proprietário da motocicleta de marca Honda NXR 150 de cor vermelha, de placa DCS0445, licenciada em seu nome; QUE na noite do dia 24 de setembro de 2016, o declarante entregou citada moto para seu filho EUDIMAR pilotar, tendo ele se dirigido ao Distrito de Nova Floresta, onde ocorria um comício eleitoral; QUE por volta de 01h da madrugada do dia 25/09/2016, quando seu filho EUDIMAR retornava do Distrito de Nova Floresta, Jaguaribe, vindo para casa, pilotando referida moto, o mesmo se envolveu em um acidente de trânsito; QUE no acidente, NÃO teve outro veículo envolvido; QUE o EUDIMAR foi encontrado caído ao solo e a moto ao lado dele; QUE o EUDIMAR sofreu

DELEGACIA REGIONAL DE JAGUARIBE

Pág. 1 de 2

Inspirado em: 21/06/2017 11:15:14

X *Luis Felix Bandeira*

Ricardo Mendes
Escritório de Polícia
Mat.: 1339



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 472 - 647 / 2017

uma pancada na cabeça; QUE ele foi socorrido para o hospital de Jaguaribe, tendo em seguida sido transferido para o UFF em Fortaleza e passado mais de 04 meses hospitalizado; QUE o EUDIMAR recebeu alta e foi para casa, mas até a presente data, ele nem anda e nem fala, motivo pelo qual ele NÃO foi trazido para esta Delegacia para fazer o registro desse Boletim; QUE o EUDIMAR é casado e tem um filho menor; QUE no local do fato, NÃO compareceu qualquer ARGUMENTO de trânsito; QUE o declarante indica como testemunhas do fato as pessoas de MANUEL CÂNDIDO DA SILVA, brasileiro, casado, agricultor, natural de Jaguaribe, filho de Luiz Bento da Silva e de Letícia Cândido da Silva, residente no SÁ-tio Santa Rita, Jaguaribe-CE, e LUCIANO PINHEIRO MARTINS, brasileiro, solteiro, agricultor, natural de Jaguaribe-CE, nascido aos 10/03/1968, filho de Geraldo Martins da Silva e de Maria Pinheiro da Silva, residente no SÁ-tio Santa Rita, Jaguaribe-CE, /// E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JAGUARIBE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

HERMANN KLEINER SENA BEZERRA - MAT: 133948-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Luiz Felix Bandeira
RBS

VISTO DO DELEGADO(A):

RAFAEL BIAZI SILVA - MAT: 30083717




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

COMARCA DE JAGUARIBE

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

RUA SAVINO BARREIRA, N.º 898, CENTRO – FONE: (088)3522-2427

CNPJ: 05.596.911/0001-47

*Bel^a: Margareth Vieira e Silva – Notaria e Registradora**Francisca Meire da Cunha Alves – Substituta**Maria Vandeilde Rabelo – Substituta*

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO
SAMUEL BELARMINO BANDEIRA.
MATRÍCULA: 0172930155 2015 1 00031 201 0027105 76

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Vinte e sete de maio do ano de dois mil e quinze

DIA MÊS ANO

27 05 2015

HORA

11:49

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Jaguaribe – Ceará.

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Jaguaribe/Ceará

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Municipal de Jaguaribe/CE

SEXO

Masculino

FILIAÇÃO

EUDIMAR FELIX BANDEIRA e AURILENE BELARMINO MATIAS. * * * * *

AVÓS
PATERNOS: LUIZ FELIX BANDEIRA e MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA. * * * * ***MATERNOS:** FRANCISCO CANDIDO GOMES e ROSA BELARMINO GOMES. * * * * *
GÊMEO

Não

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

Não consta. -

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Vinte e nove de junho do ano de dois mil e quinze.

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30-69598258-5.

OBSERVAÇÕES E AVERBAÇÕES

Nada consta



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
PODER JUDICIÁRIO
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO / Jaguaribe - CE
Rua: Savino Barreira, 898 - Centro
Fone: (08) 3522.2427
CNPJ: 05.596.911/0001-47
Del^a. Margareth Vieira e Silva

O conteúdo da Certidão é verdadeiro, dou fé.
Jaguaribe/CE, 29 de junho de 2015.

Maria Vandeilde Rabelo
Maria Vandeilde Rabelo
Substituta
Maria Vandeilde Rabelo
ESCREVENTE SUBSTITUTA

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

EUDIMAR FELIX BANDEIRA.

CPF: 874.614.633-49

MATRÍCULA: 0172930155 2019 4 00009 084 0005397 05

SEXO: Masculino	COR: Parda	ESTADO CIVIL E IDADE: Solteiro, com 41 anos de idade.
---------------------------	----------------------	---

NATURALIDADE Jaguaré/CE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO C. I. Nº 54.514.295-7 - SSP/SP - Expedida aos 16/06/2010	ELEITOR Sim
-----------------------------------	---	-----------------------

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA:
LUIZ FELIX BANDEIRA e MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA, cearenses, casados.

DATA E HORA DE FALECIMENTO: Vinte e sete de julho do ano de dois mil e dezenove, às 18h24min.	DIA 27	MÊS 07	ANO 2019
---	------------------	------------------	--------------------

LOCAL DE FALECIMENTO:
Hospital Universitário Walter Cantídio, localizado na Rua Capitão Francisco Pedro, nº. 1290, Bairro Rodolfo Teófilo, em Fortaleza/CE.

CAUSA DA MORTE:
Insuficiência Respiratória Aguda; Pneumonia Nosocomial; Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica; Estenose Traqueal.

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO Jaguaribe - Ceará	DECLARANTE: AURILENE BELARMINO MATIAS, inscrita no CPF nº. 789.683.213-53, brasileira, solteira, agricultora, residente e domiciliada na Av. Coronel Virgílio Távora, nº. 999, Centro, em Jaguaribe/CE, CEP: 63.475-000
---	---

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO:
Dr. Fabricio Gondim Gurgel Ramalho Lima, CREMEC nº. 19846.

AVERBAÇÕES / ANOTAÇÕES À ACRESCEER:
Ato registrado no livro C-009, às folhas 084, sob o nº. 5.397. Data do registro: 09/08/2019. Data de nascimento do falecido: 30/01/1978. Era eleitor; não deixou bens; não deixou testamento; deixou um (01) filho menor. Óbito lavrado conforme Lei nº 13.484/2017.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO		DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO			
Cartão Nacional de Saúde	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
CTPS	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta
CEP Residencial	Não consta			

* As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

Margareth Vieira e Silva - Oficiala e Tabelã
JAGUARIBE-CEARÁ
Rua Savino Barreira, n.º 898, Centro
CEP: 63475-000 Fone (88)3522-2427
E-mail: cartoriommaia@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Jaguaribe/CE, 09 de agosto de 2019.

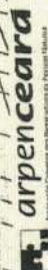
Maria Vandelde Rabelo
Maria Vandelde Rabelo
Escrevente



VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICAÇÃO

OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

arpenceara AA 000904295 P





hospitais
Universitários
Universidade Federal do Ceará

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC/UFC
Serviço Social

Rua Capitão Francisco Pedro, 1290 - Rodolfo Teófilo Cep - 60430-370 - (85) 3366.8167 / (85) 3366. 8145 – Serviço Social | Fortaleza – Ceará
Email : ssocial@huwc.ufc.br

Entrevista Social - UTI

PRONTUÁRIO 1582.547 UNIDADE DE ORIGEM/ESPECIALIDADE SR. Amargosa LEITO 4
Intensivo

CÓPIA DO RG (EM ANEXO)

Nome do paciente Bedimar Felix Amador

Filiação: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____ Religião: Católica

Estado Civil: Solteiro () Casado () Viúvo () Separado judicialmente/divorciado () Ignorado ()

União estável () (União estável deve ser registrado em cartório)

Escolaridade: Sem escolaridade () Fundamental I (1ª à 4ª série) Fundamental II (5ª à 8ª série)

Médio (antigo 2º grau) () Superior incompleto () Superior completo () Pós-graduado () Ignorado ()

Ocupação habitual: pedreiro

(Se aposentado, colocar a última ocupação antes de se aposentar)

Renda Familiar: 1,5/m Segurado INSS? _____

Endereço: Rua Cel. Virgílio Tavora nº 5005

Centro - Jaguaribe / CE

Telefones: _____

Nome do informante: Aurilene parentesco: esposa

Observações: admissão na UTI clínica em 05/03/2020

por 33º PO haquiosplastia - estenose tímica

por TOT prolongada, PNM não-convencional, conforme

protocolo médico

Atualmente com acompanhante e sua filha de

14 anos. Mrs. Aurilene está ficando

com ela após.

Data: 04/06/19

[Assinatura]
Assistente Social

③ AMBULATORIO _____ DATA ____/____/____ HORA ____

Apresenta sintomas de dor
na região do abdômen inferior direito
há 10 dias.

Uso de analgésicos

sem melhora

③1 TIPO DE ATENDIMENTO
☒ 2 ELETIVA/CONSULTA INICIAL
☐ 3 ELETIVA/CONSULTA SUBSEQUENTE
☐ 5 ELETIVA/CONSULTA REFERENCIADA

③2 PROCEDIMENTOS REALIZADOS
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

③3 PORTES
☐ I ☐ II ☐ III
☐ IV ☐ V

③4 RESULTADO DO ATENDIMENTO

 CODIGO _____

③5 ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

③6 CARIMBO/ASSINATURA PROFISSIONAL

REGISTRO Nº _____
 ESPECIALIDADE _____ CODIGO _____

⑦ AMBULATORIO _____ DATA ____/____/____ HORA ____

⑦1 TIPO DE ATENDIMENTO
☐ 2 ELETIVA/CONSULTA INICIAL
☐ 3 ELETIVA/CONSULTA SUBSEQUENTE
☐ 5 ELETIVA/CONSULTA REFERENCIADA

⑦2 PROCEDIMENTOS REALIZADOS
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

⑦3 PORTES
☐ I ☐ II ☐ III
☐ IV ☐ V

⑦4 RESULTADO DO ATENDIMENTO

 CODIGO _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

⑦6 CARIMBO/ASSINATURA PROFISSIONAL

REGISTRO Nº _____
 ESPECIALIDADE _____ CODIGO _____

DATA 11/11/2011 HORA 14:00

2 AMBULATÓRIO

87 - *Candidemia tipo IV + antifúngico*
52/01/12 - *Bem, com dieta normal*
uso de ID - ~~anticoagulante~~ apaco glaucoma
em uso de insulina para glicemia decorrente
de diabetes tipo 2 em uso de insulina
insulina regular e NPH por prescrição
de insulina - Branco e Preto

21 TIPO DE ATENDIMENTO ☐ 1 ELETIVA/CONSULTA INICIAL ☐ 2 ELETIVA/CONSULTA SUBSEQUENTE ☐ 3 ELETIVA/CONSULTA REFERENCIADA	22 PROCEDIMENTOS REALIZADOS ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100	23 PORTES ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V	24 RESULTADO DO ATENDIMENTO CÓDIGO
25 ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	26 CARIMBO/ASSINATURA DO RESPONSÁVEL Viviane Carvalheira da Silva Otorrinolaringologista CRM 6367	REGISTRO Nº	ESPECIALIDADE

15825
Nº PRONTUÁRIO
Furtimmar
NOME DO PACIENTE
Felix

DATA 28/04/20 HORA 17

③ AMBULATORIO traqueite

45 am

① TIPO DE ATENDIMENTO
☒ 2 ELETIVA/CONSULTA INICIAL
☐ 3 ELETIVA/CONSULTA SUBSEQUENTE
☐ 5 ELETIVA/CONSULTA REFERENCIADA

② PROCEDIMENTOS REALIZADOS

③ PORTES
☐ I ☐ II ☐ III
☐ IV ☐ V

④ RESULTADO DO ATENDIMENTO

 CÓDIGO _____

⑤ ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

⑥ CARIMBO/ASSINATURA PROFISSIONAL

REGISTRO Nº _____
 ESPECIALIDADE _____
 CÓDIGO _____

DATA 11 HORA _____

④ AMBULATÓRIO

NF. 1 status pos-op de
Ampliação de traqueia → condução
pos (E) 1 Ampliação
car glotica

1 Extensão subglótica completa

2 Extensão longa nao pouca II
3 Extensão completa de depressão na região central da
traqueia 2 depressão na região periférica da traqueia

① TIPO DE ATENDIMENTO
☒ 2 ELETIVA/CONSULTA INICIAL
☐ 3 ELETIVA/CONSULTA SUBSEQUENTE
☐ 5 ELETIVA/CONSULTA REFERENCIADA

② PROCEDIMENTOS REALIZADOS

③ PORTES
☐ I ☐ II ☐ III
☐ IV ☐ V

④ RESULTADO DO ATENDIMENTO

 CÓDIGO _____

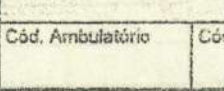
⑤ ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

⑥ CARIMBO/ASSINATURA PROFISSIONAL

REGISTRO Nº _____
 ESPECIALIDADE _____
 CÓDIGO _____

HUWC	REGISTRO DE ANAMNESE E EXAME FÍSICO	Nº Registro Amb Nº Prontuário 1582.54
1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
1 - Nome CUDIMAR FÉLIX BANDEIRA	2 - Data de Nasc. 30/01/78	3 - Idade 46a
4 - Sexo ☒ M ☐ F	5 - Nome da Mãe M. LUIZA DA SILVA BANDEIRA	6 - Estado Civil solt.
7 - Profissão AGRICULTOR	8 - Documento	
9 - Endereço SÍTIO VAZIO DO JUAZEIRO	10 - Bairro JUAZEIRO	11 - Município/Estado JUAZEIRO
2 - REGISTRO DO ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DE CIR. TORÁCICA		
(13) Roteiro	ANAMNESE	
1 - Queixa principal e história da doença atual	Paroste - 4m Tosse seca, 1m Exatose temporal 3m Anos 4m	
2 - Hábitos / Antecedentes Pessoais e Familiares	Solteiro, Bateria - Lúcia 1m	
3 - Interrogatório Por Órgãos e Aparelhos	(Empty section for organ-specific history)	

EXAME FÍSICO

Estatura	Peso	Pulso	Temperatura	P.A.	Tipo Sanguíneo
Cabeça					
Pescoço					
Tórax					
Abdomem					
Órgãos Genitais					
Ânus e Reto					
Membros					
Sistema Nervoso					
Outros					
(15) Diagnóstico(s) Provável(eis)					
(16) Exames Solicitados					
(17) Tratamento					
Data Atendimento	Tipo de Atendimento		Port s.		Procedimentos
23/07/18	☐ 2 Eletiva/Consulta inicial ☐ 3 Eletiva/Consulta Subsequente ☐ 5 Eletiva Referenciada		☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V		☐ ☐ ☐
Hora					
8h					
Assinatura do Paciente ou Responsável			Assinatura do Profissional		
					
			Cód. Ambulatório	Cód. Especialidade	Cód. Profissional

② AMBULATÓRIO DATA 1 / 1 HORA

Foi encaminhado para o ambulatório de cardiologia para avaliação da função cardíaca e do sistema circulatório.

O paciente apresenta queixas de cansaço excessivo ao realizar atividades físicas e falta de ar ao subir escadas.

Indicação médica para realização de exames de laboratório e eletrocardiograma.

21 TIPO DE ATENDIMENTO ☒ 1 ELETIVA/CONSULTA INICIAL ☐ 2 ELETIVA/CONSULTA SUBSEQUENTE ☐ 3 ELETIVA/CONSULTA REFERENCIADA	22 PROCEDIMENTOS REALIZADOS 	23 PORTES ☐ I ☐ II ☒ III ☐ IV ☐ V	24 RESULTADO DO ATENDIMENTO <i>OK - Análise</i> CÓDIGO _____
--	---	--	---

25 ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL 	26 CARIMBO/ASSINATURA PROFISSIONAL 	REGISTRO Nº _____ ESPECIALIDADE _____ C.O.C. _____
---	---	---

NOME DO PACIENTE

② AMBULATÓRIO _____ DATA _____ HORA _____

Prontidão OK.
Te Amarel ESQUERDA
Inferior ACUMULADA Freqüência
Baixa e Estenose Endocárdio
Resposta. Sólido Pulg.

① TIPO DE ATENDIMENTO ☐ 1 ELETIVA/CONSULTA INICIAL ☐ 3 ELETIVA/CONSULTA SUBSEQUENTE ☐ 5 ELETIVA/CONSULTA REFERENCIADA	② PROCEDIMENTOS REALIZADOS _____ _____ _____	③ PORTES ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V	④ RESULTADO DO ATENDIMENTO _____ _____ CÓDIGO _____
⑤ ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL _____ _____		⑥ CARIMBO ASSINATURA PROFISSIONAL _____ _____	REGISTRO Nº _____ ESPECIALIDADE _____ CÓDIGO _____

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CÂNTIDIO FICHA DE EVOLUÇÃO DO AMBULATÓRIO	Nº PRONTUÁRIO	1582347
	NOME DO PACIENTE	Edelmir Felix Bandeira

① AMBULATÓRIO

28/02/19 Del. Dr. André

DATA / / HORA

⑪ TIPO DE ATENDIMENTO

☒ 1 ELETIVA/CONSULTA INICIAL

☐ 2 ELETIVA/CONSULTA SUBSEQUENTE

☐ 3 ELETIVA/CONSULTA REFERENCIADA

⑫ PROCEDIMENTOS REALIZADOS

⑬ PORTES

☐ I	☐ II	☐ III
☐ IV	☐ V	

⑭ RESULTADO DO ATENDIMENTO

CÓDIGO

⑮ ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

⑯ CARIMBO/ASSINATURA PROFISSIONAL

REGISTRO Nº

ESPECIALIDADE

CÓDIGO

② AMBULATÓRIO

DATA / / HORA

⑪ TIPO DE ATENDIMENTO

☒ 1 ELETIVA/CONSULTA INICIAL

☐ 2 ELETIVA/CONSULTA SUBSEQUENTE

☐ 3 ELETIVA/CONSULTA REFERENCIADA

⑫ PROCEDIMENTOS REALIZADOS

⑬ PORTES

☐ I	☐ II	☐ III
☐ IV	☐ V	

⑭ RESULTADO DO ATENDIMENTO

CÓDIGO

⑮ ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

⑯ CARIMBO/ASSINATURA PROFISSIONAL

REGISTRO Nº

ESPECIALIDADE

CÓDIGO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CÂNTIDIO

FICHA DE EVOLUÇÃO DO

AMBULATÓRIO

Nº PRONTUÁRIO

7

NOME DO PACIENTE

André

① AMBULATÓRIO *Pop up*
11/12/2020

DATA *29/12/20* HORA *8h*

① TIPO DE ATENDIMENTO

☒ 1 ELETIVA/CONSULTA INICIAL

☐ 2 ELETIVA/CONSULTA SUBSEQUENTE

☐ 3 ELETIVA/CONSULTA REFERENCIADA

② PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

③ PORTES

☐ I

☐ II

☐ III

☐ IV

☐ V

④ RESULTADO DO ATENDIMENTO

CÓDIGO

REGISTRO Nº

ESPECIALIDADE

CÓDIGO

⑤ ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

X
Aurilene Belonino matias

⑥ CARIMBO/ASSINATURA PROFISSIONAL

② AMBULATÓRIO

DATA / / HORA

① TIPO DE ATENDIMENTO

☒ 1 ELETIVA/CONSULTA INICIAL

☐ 2 ELETIVA/CONSULTA SUBSEQUENTE

☐ 3 ELETIVA/CONSULTA REFERENCIADA

② PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

③ PORTES

☐ I

☐ II

☐ III

☐ IV

☐ V

④ RESULTADO DO ATENDIMENTO

CÓDIGO

REGISTRO Nº

ESPECIALIDADE

CÓDIGO

⑤ ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

⑥ CARIMBO/ASSINATURA PROFISSIONAL

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CÂNTIDIO
FICHA DE EVOLUÇÃO DO
AMBULATÓRIO

Nº PRONTUÁRIO

1582 547

NOME DO PACIENTE

Bautista

Felipe Bandeira

998560966



FUNERÁRIA ANJO MEU

CNPJ: 08.694.707/0001 - 57
Rua Savino Barreira nº 656 - Centro
CEP: 63.475-000 - Jaguaribe - CE

Fones: (88) 3522.1315

(88) 9 9620.1730

(88) 9 9994.2222

(88) 9 8823.4631

RECIBO

R\$

720,00

Recebemos do Sr.(a) Jaguaribe Edmarcio Gomes Aze 5500
a importância de Setecentos e vinte reais

Referente a 18 meses da Funerária

Pesta 180.00 de 30/06/19

PAGO
em 21/06/19

Pelo que firmamos o presente recibo, para todos os fins e efeitos legais.

Jaguaribe - CE, 21 de 06 de 2019

José Pereira Jr
Assinatura do Responsável

SINISTRO 3190398518 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EUDIMAR FELIX BANDEIRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO EUDIMAR FELIX BANDEIRA
CPF/CNPJ: 87461463349

Posição em 17-10-2019 08:59:14

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Boleim de ocorrência	Vítima	Não Conforme	
Declaração do Proprietário do Veículo	Vítima	Não Conforme	
Comprovante de residência	Beneficiário	Não Conforme	EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Sumário de Óbito

folha: 1 / 2

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/ Eudimar Felix Bandeira Prontuário: 2039164/5
 Idade: 41 anos 6 meses Sexo: Masculino Leito: ENF036672
 Data internação: 14/05/2019 Data Óbito: 27/07/2019 18:24 Permanência: 78 dias
 Convênio: Sus-
 Equipe responsável: Dr. Ricardo Coelho Reis
 Centro Custo 1
 Outras equipes: Centro custo 1

2. DIAGNÓSTICOS

Motivo da internação

Encefalopatia não especificada (G93.4)

Diagnóstico principal no Óbito

Lesão encefálica anóxica, não classificada em outra parte (G93.1)

Diagnósticos Secundários

Cuidado paliativo (Z51.5)
 Infecção bacteriana não especificada (A49.9)
 Entubação falha ou difícil (T88.4)
 Choque durante ou resultante de procedimento não classificado em outra parte (T81.1)
 Estenose subglótica pós-procedimento (J95.5)

3. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Outros procedimentos

25/06/2019 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA
 25/06/2019 Fisioterapia Motora

4. EVOLUÇÃO

- Estenose traqueal por IOT de longa permanência (pós-PCR) --> Encefalopatia hipóxico-iscêmica
 - Sem indicação de medidas invasivas, conforme parecer de Cuidados Paliativos (NÃO INICIAR DROGA VASOATIVA, NÃO REALIZAR RCP, NÃO REALIZAR HD) --> FAMILIARES CIENTES DO QUADRO

HDA: Paciente sofreu acidente de moto em 09/2016, apresentando TCE, trauma cervical e de face na ocasião. Permaneceu em IOT em UTI de IJF por 1 mês, evoluindo com estenose traqueal pós-intubação, quando foi realizado traqueostomia após quadro de insuficiência respiratória em internação, recebendo alta após 3 meses. Evoluiu com paralisia de pregas vocais bilateralmente + ausência de espaço glótico, sendo encaminhado para ambulatorio de ORL em 2017 para avaliação, onde foi indicada laringectomia parcial à direita (condiloma tipo IV + aritenoidectomia), procedimento realizado em 22/01/2018. Em acompanhamento ambulatorial pós cirúrgico realizado broncoscopia em 02/2019, onde foi evidenciado estenose cicatricial subglótica ao nível de 1º anel traqueal. Seguiu internamento em 05/2019 em enfermaria de cirurgia torácica, onde foi realizado traqueoplastia em 15/05/2019. A partir de 3º PO, paciente iniciou quadro de desconforto respiratório, com piora progressiva, até que em 5º PO, evoluiu com quadro de agitação + desconforto respiratório + satO2 de 76% em MAV 50%, necessitando de cricoidotomia de urgência, após múltiplas tentativas de IOT. Durante procedimento, apresentou PCR em assistolia por hipóxia, sendo realizado 2 ciclos de RCP com sucesso e iniciada noradrenalina e tazocin. Em admissão de UTI, verificados alterações neurológicas importantes, com paciente apresentando-se não comunicativo, com espasticidade espontânea, anisocoria (D>E) com midríase fixa à D, sendo concluída hipótese de encefalopatia hipóxico-iscêmica. Evoluiu com piora de quadro respiratório e piora de culturas, sendo realizada múltipla antibioticoterapia. Atualmente, após reunião familiar com equipe de cuidados paliativos, decidido por não realização de procedimentos invasivos, bem como reanimação e instituição de novas antibioticoterapias, caso a atual não obtenha resolução. Admitido nesta enfermaria para prosseguir cuidados hospitalares.

EVOLUÇÃO DURANTE INTERNAÇÃO

Paciente acompanhado pela esposa. Persiste com MV 24%. Ontem, após tentativa de reintrodução de dieta, paciente apresentou "vômitos enegrecidos", bem como eliminação da dieta enteral pelo traqueostomo, sendo a dieta zerada durante o plantão noturno. Segue não contactuante (encefalopatia hipóxica). Evolui com saturações mais baixas desde então. Apresenta também PAD persistentemente reduzido.



HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO

Sumário de Óbito

identificação

Eudimar Felix Bandeira

Leito: ENF036672

2039164/5

Sumário de Óbito

folha 2 / 2

Apresenta diurese espontânea em fraldas. Última evacuação na quinta-feira (11/07/19). Em discussão com cuidados paliativos e considerando que o paciente não tem condições de permanecer com cuidado domiciliar e nem possui indicações de permanência na unidade hospitalar, foi decidida a transferência para a unidade hospitalar de menor complexidade, na própria cidade em que o paciente reside. Orientamos manter a prescrição do paciente via hipodermoclise como apenas manutenção clínica. Não há indicação de medidas invasivas.

Paciente evoluiu, na noite de 27/07/2019, com insuficiência respiratória, com provável causa sendo a infecção de vias aéreas que não respondeu a múltiplas antibioticoterapias. Foi atestado o óbito pelo residente de plantão às 18.24.

#EXAME FÍSICO (19/07/2019):

GERAL: EGR, AAA, ECG: 6T. Cavidade oral com placas esbranquiçadas, lábios ressecados.

NEURO: ECG: 6 (AO: 4, RV: 1T, RM: 1), espasticidade de MSD, anisocoria D>E, pupilas não fotorreagentes. Paciente não contactua com o olhar e não obedece a comandos simples. Blink teste realizado sem resposta.

ACP: RCR, 2T, bulhas hiperfonéticas, S/S. Presença de crepitações em bases pulmonares. FC: 197bpm, FR: 20irpm, SaO2: 93%.

ABD: plano, flácido, RHA+, não palpo VMG.

EXT: PPP, edema MMII 1+/4+, ulcera sacral grau 1. Reflexo patelar D não presente.

EXAMES COMPLEMENTARES:

- Aspirado traqueal (26/06): ISOLADO1: Klebsiella pneumoniae; ISOLADO2: Pseudomonas aeruginosa - ambas bactérias com perfil de multirresistência a anti-microbianos, mas sensíveis à Amicacina e Gentamicina
- Culturas de swab retal (26/06) e urocultura (25/06): NEGATIVAS.
- Hemoculturas (25/06): negativos.

5. INFORMAÇÕES DO ÓBITO

Causa direta da morte

Insuficiência respiratória aguda (J96.0)

Causas antecedentes que produziram a causa da morte

Lesão encefálica anóxica, não classificada em outra parte (G93.1)

Outras condições patológicas que contribuíram para a morte

Estenose subglótica pós-procedimento (J95.5)

Traumatismo não especificado da cabeça (S09.9)

6. SITUAÇÃO DE SAÍDA DO PACIENTE

ÓBITO COM DECLARAÇÃO DE ÓBITO FORNECIDA PELO MÉDICO (41)

31/07/2019 09:48:50

Dr. Henrique C. L. Farias
Médico

CRM 19.941

Dr. HENRIQUE CARVALHO LIMA FARIAS CRM 19941



HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO
VIA TERAPIA ANTICÂNCER

Sumário de Óbito

Identificação

Eudimar Felix Bandeira

Leito: ENF036672

MPMR_SUMARIO_OBITO 31/07/2019 09:48:50

N 22100-58991-3

2039164 5

Página 2 - 2

 **MINISTÉRIO DO TRABALHO**
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 07.1427 Série 00048-CE





Aurilene Belarmino Matias
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Aurilene Belarmino Matias

Loc. Nasc. Jaguaripe Est. ceara Data 06.08.1973

Filiação Antonio Candido Gomes e Rosa Belarmino Gomes

Doc. n.º cat. casam 3.2.1.15.108.11.10.3-02 part. 1

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em..... Doc. Ident. n.º.....

Exp. em..... Estado.....

Obs.

Data Emissão 02.08.1999 DRT ceara

Elza Pinheiro Pinoto
Assinatura do Funcionário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

TERMO DE ESCLARECIMENTO PARA TRAQUEOSTOMIA

Por este documento, a família da paciente **EUDIMAR FELIX BANDEIRA**, prontuário nº **1582547**, internado no leito 504 da UTI Clínica desta instituição, certifica estar **ESCLARECIDA** acerca da necessidade de o mesmo ser submetido ao procedimento Traqueostomia. Foram informados também acerca dos potenciais benefícios e dos riscos inerentes ao procedimento.

FORTALEZA, 04 de JUNHO de 2019


ASSINATURA DO FAMILIAR RESPONSÁVEL
(FAVOR INFORMAR GRAU DE PARENTESCO)

ASSINATURA DO MÉDICO
(RESIDENTE OU PLANTONISTA)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO
PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS

TERMO DE ESCLARECIMENTO E CIÊNCIA: RISCO DE QUEDA EM AMBIENTE HOSPITALAR

As quedas são eventos que podem ocorrer em pessoas que possuem limitações e precisam de ajuda para realizar algumas atividades. Podem agravar o quadro de saúde do paciente, provocando fraturas, sangramentos, ferimentos na pele, traumas na cabeça, situações que prolongam o período de internação e até mesmo podem levar a morte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANVISA, FIOCRUZ; 2013).

Durante o período de internação, devido ao uso de algumas medicações e fragilidade física do paciente, dentre outros fatores, as quedas podem acontecer mais frequentemente. Por esse motivo foi realizada a avaliação para definir o RISCO DE QUEDA do sr(a) ELISABETH RAYLA DOS SANTOS.

Dessa forma estão abaixo descritas as orientações a serem seguidas para reduzir o risco de queda:

- () Usar calçados antiderrapantes e utilização de luz de cabeceira durante a noite.
- () Não se levantar subitamente devido ao risco de hipotensão postural e tontura.
- (x) Toda saída do leito deve ser orientada pela enfermagem ou com acompanhamento de membro da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
- () Exercícios de marcha devem ser realizados apenas com acompanhamento do fisioterapeuta.
- (x) Manter grades de cama elevadas durante todo o período.
- () Manter ao alcance pertences e objetos mais utilizados.
- (x) Informar à enfermagem o período em que o paciente permanecerá sem acompanhante.

TOTAL DE ITENS MARCADOS _____

Elisabeth Rayla dos Santos
Enfermeira COREN
Mat. SIABE
COREN-CE 264.04

Eu _____ declaro que recebi os esclarecimentos e estou ciente a respeito do risco de queda que pode ocorrer durante o período de internação. Sendo assim, informo que fui instruído a seguir as recomendações prescritas a fim de prevenir quedas e possíveis danos decorrentes desse incidente.

Declaro ainda que recebi o FOLDER de orientações para PREVENÇÃO DE QUEDA EM AMBIENTE HOSPITALAR no momento da minha chegada a esta unidade e entendi o RISCO DE QUEDA avaliado, bem como as informações que me foram fornecidas.

Fortaleza 24/09/20

Assinatura paciente

Elisabeth Rayla dos Santos
Assinatura acompanhante (grau de parentesco)

em acompanhamento na enfermaria de pneumologia apenas para manutenção de cuidados hospitalares.

Consideramo-nos um paciente em estágio terminal de vida, em virtude do quadro de refratariedade terapêutica, que muito provavelmente levará à Falência de Múltiplos Órgãos e Sistemas, com consequente óbito.

DIAGNÓSTICOS:

- Estenose Subglótica pós-procedimento → CID-10: J95.5
- Choque durante ou resultante de procedimento não classificado em outra parte → CID-10: T81.1
- Intubação falha ou difícil → CID-10: T88.4
- Lesão encefálica anóxica, não classificada em outra parte → CID-10: G93.1
- Infecção Bacteriana Não-Especificada → CID-10: A49.9
- Cuidado Paliativo → CID-10: Z51.5

Fortaleza - CE, 22 de Julho de 2019

Dr. Henrique C.L. Farias
Médico
CREMÉC 19.941

DR. RICARDO COELHO REIS
PNEUMOLOGISTA
CREMÉC 6264 - RQE 8763

Dr. Henrique Carvalho Lima Farias (Residente Clínica Médica)



HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO
DA UFC

Atestado Médico

Pneumologia

Atesto, para os devidos fins, que o paciente **Eudimar Felix Bandeira, 41 anos**, está atualmente internado pelo serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC - Hospital das Clínicas), no 2º andar, Enfermaria de Clínica Médica II-B, Leito 672, desde 14/05/2019, com quadro de encefalopatia hipóxico-ischêmica.

O quadro teve seu início após acidente de moto, em setembro de 2016, em que o paciente sofreu Traumatismos de crânio, face e região cervical. Permaneceu internado, à época, na UTI no Instituto Doutor José Frota (IJF) por aproximadamente 01 mês, evoluindo com estenose traqueal por intubação prolongada, e sendo necessária a realização de traqueostomia (por insuficiência respiratória). Após 03 meses de internação, paciente recebeu alta do IJF.

Nos meses seguintes, o paciente evoluiu com paralisia de pregas vocais bilateralmente e ausência de espaço glótico, sendo então encaminhado ao Ambulatório de Otorrinolaringologia do HUWC em 2017. Após avaliação, foi indicada laringectomia parcial à direita (corpectomia tipo IV + aritenoidectomia), sendo este procedimento realizado em 22/01/2018.

Em seguimento ambulatorial pós-cirúrgico, foi realizada broncoscopia (fevereiro de 2019), que evidenciou estenose subglótica, cicatricial, ao nível de 1º anel traqueal. Foi então planejada reabordagem, sendo o paciente internado em maio de 2019, na enfermaria de Cirurgia Torácica do HUWC. Realizou traqueoplastia em 15/05/2019. No 5º dia pós-operatório, paciente evoluiu com desconforto respiratório progressivo, agitação e dessaturação (76%, mesmo em máscara de Venturi à 50%). Dadas as condições pós-operatórias do paciente, não foi possível, a despeito de múltiplas tentativas, a realização de intubação, sendo necessária uma cricotireoidostomia de urgência. Durante este procedimento, paciente apresentou Parada Cardiorrespiratória (PCR) em assistolia por hipóxia, sendo esta revertida após 02 ciclos, e sendo então iniciados Noradrenalina e Piperacilina-Tazobactam. Em admissão na UTI do HUWC, foram verificadas alterações neurológicas importantes, com o paciente apresentando-se não comunicativo, com espasticidade espontânea, anisocoria à direita (com midriase fixa), fechando o diagnóstico de Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica.

Evoluiu com piora do quadro respiratório, apresentando hemoculturas e culturas de aspirado traqueal positivas, e realizando múltiplas antibioticoterapias (Piperacilina-Tazobactam de 21/05 a 28/05 e de 13/06 a 20/06); Meropenem de 29/05 a 11/06; Vancomicina de 05/06 a 16/06; Amicacina de 05/06 a 12/06, Polimixina B de 05/07 a 15/07), sem sucesso.

Devido a gravidade do quadro, com necessidade de dispositivos de suporte à vida (Sonda Nasoenteral, Suporte de Oxigênio) à persistência de infecção respiratória não controlada, e a não reversibilidade da condição neurológica do paciente, foi realizada reunião com a equipe de cuidados paliativos, em fins de junho de 2019, ficando acertada com os familiares a não realização de medidas invasivas, como reanimação, uso de drogas vasoativas. Ainda, foi estabelecido que a não melhora seria definidora de falha terapêutica, não sendo então indicada nova terapia. O paciente vem

fls. 36
SINISTRO 3190398518 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EUDIMAR FELIX BANDEIRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO EUDIMAR FELIX BANDEIRA
CPF/CNPJ: 87461463349

Posição em 17-10-2019 08:59:14

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Boletim de ocorrência	Vítima	Não Conforme	
Declaração do Proprietário do Veículo	Vítima	Não Conforme	
Comprovante de residência	Beneficiário	Não Conforme	EUDIMAR FELIX BANDEIRA