

**Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WJRB.20.00165606-6** em **24/06/2020 12:15:26**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Jaguaribe
Processo : 0050116-40.2020.8.06.0107
Protocolo : WJRB.20.00165606-6
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : DIREITO CIVIL
Data/Hora : 24/06/2020 12:15:26

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo todos documentos >>>[Exibir 3 primeiros](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2728223_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Documentação : 2728223_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-8.pdf
Documentação : 2728223_CONTESTACAO_Anexo_02 - 9-108.pdf
Documentação : 2728223_CONTESTACAO_Anexo_02 - 109-115.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE JAGUARIBE/CE

Processo n.º 00501164020208060107

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SAMUEL BELARMINO BANDEIRA** e outra, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

Alegam os Autores em peça vestibular que o ente querido EUDIMAR FÉLIX BANDEIRA, foi vítima fatal de acidente automobilístico ocorrido em 25/09/2016.

Cumprе informar Exa., NÃO HÁ DOSSIÊ ADMINISTRATIVO PARA O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR MORTE. Entretanto, cumpre salientar que o sinistro 3200194359, sobre o pedido de invalidez, consta como valor a pagar a quantia de R\$ 1.350,00 e o mesmo está em revisão, em anexo.

ASSIM, TENDO A AUTORA DEIXADO DE APRESENTAR A DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA POR LEI, CARECENDO O AUTOR DE UMA CONDIÇÃO ESPECÍFICA DO REGULAR EXERCÍCIO DO DIREITO DE AÇÃO, QUAL SEJA, INTERESSE DE AGIR.

Compulsando atentamente aos autos, em nenhum momento foi demonstrado e comprovado de forma contundente que a parte autora faz jus ao pleito deduzido na presente demanda, devendo o pleito ser julgado extinto em virtude da inoccorrência de mora por parte da Ré.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/20151, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DA ILEGITIMIDADE “AD CAUSAM” DE PARTE NO PÓLO ATIVO DA PRESENTE DEMANDA

Inicialmente, em que pese a autora figurar nesta demanda, alegando para tanto ter convivido maritalmente com **O FALECIDO, O QUE LHE TORNARIA BENEFICIÁRIA DO MESMO, NÃO HÁ PROVAS HÁBEIS A ACOLHER TAL ALEGAÇÃO.**

Cumpre destacar que a Lei 11.482/07, deu nova redação ao artigo 4º da Lei 6.194 e estabeleceu que a indenização, no caso de morte, será paga de acordo com o disposto no artigo 792 do Código Civil^[1].

NA HIPÓTESE VERTENTE, A PARTE AUTORA NÃO FEZ QUALQUER PROVA DE QUE EFETIVAMENTE EXISTIU RELAÇÃO DE CONVIVÊNCIA DURADOURA COM A VÍTIMA COM O OBJETIVO DE CONSTITUIÇÃO FAMILIAR, SENDO CERTO QUE OS DOCUMENTOS ACOSTADOS NA EXORDIAL SÃO IMPRESTÁVEIS PARA TANTO. SEM DÚVIDA NÃO HÁ NOS AUTOS PROVA SUFICIENTE QUE A MESMA ERA COMPANHEIRA DA VÍTIMA.

Ademais, são requisitos indispensáveis para a demonstração da entidade familiar formada por conviventes, aqueles que de forma conjunta devem ser preenchidos e não de forma separada, pois não basta ter filhos em comum, há necessidade de que essa relação seja duradoura, com respeito e consideração mútuos e assistência moral e material recíproca, ou seja, para alcançar *status* de companheira é necessário muito mais do que filho em comum.

CONCLUI-SE QUE NÃO HÁ PROVA INEQUÍVOCA NOS AUTOS PARA SE AFIRMAR COM EXATIDÃO QUE A AUTORA É COMPANHEIRA DA VÍTIMA E, PORTANTO, NÃO HÁ COMO SE EXIGIR QUE A SEGURADORA RÉ EFETUE O PAGAMENTO DO VALOR PLEITEADO, EIS QUE NEM MESMO FORAM JUNTADOS ALGUNS DOCUMENTOS QUE PODERIAM LEVAR A ESTA COMPROVAÇÃO, TAIS COMO: PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS; DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL; CARTEIRA DE TRABALHO COM PROVA DE DEPENDÊNCIA. VEJA AINDA EXA., QUE NA CERTIDÃO DE ÓBITO JUNTADA AOS AUTOS, DE QUE A VÍTIMA ERA SOLTEIRA:

A certidão de óbito é emitida pela República Federativa do Brasil, Registro Civil das Pessoas Naturais. O falecido é EUDIMAR FELIX BANDEIRA, com CPF 874.614.633-49. Sua matrícula é 0172930155 2019 4 00009 084 0005397 05. Ele é masculino, de cor parda, solteiro, com 41 anos de idade. Sua naturalidade é Jaguaréta-CE. Seu documento de identificação é o C. I. Nº 54.514.295-7, expedido em 16/06/2010. Ele é eleitor. Sua filiação é LUIZ FELIX BANDEIRA e MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA, cearenses, casados. Ele faleceu em 27 de julho de 2019, às 18h24min.

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 Jaguaréta-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 dezanove, às 18h24min.		DIA 27
		MÊS 07
		ANO 2019

^[1]“Art. 4º: A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil. (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)”.

ADEMAIS, NÃO HÁ QUALQUER OUTRO DOCUMENTO OFICIAL QUE ASSIM CORROBORE NO SENTIDO DE RECONHECER ADUZIDA UNIÃO ESTÁVEL, EM RELAÇÃO A PARTE AUTORA!

VERIFICA-SE AINDA EXA., NÃO HAVER A PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTE JUNTO À RECEITA FEDERAL, E MAIS, NÃO FOI JUNTADO AO PRESENTE AUTOS, A DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS.

ADEMAIS, NÃO HÁ QUALQUER OUTRO DOCUMENTO OFICIAL QUE ASSIM CORROBORE NO SENTIDO DE RECONHECER ADUZIDA UNIÃO ESTÁVEL, VERIFICA-SE AINDA EXA., NÃO HAVER A PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTE JUNTO À RECEITA FEDERAL, PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO DEVIDAMENTE FORMALIZADA PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL!

IDENTIFICAMOS QUE A PARTE AUTORA PLEITEIA A INTEGRALIDADE DA INDENIZAÇÃO, TODAVIA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO EXISTENTE NOS AUTOS, LOCALIZAMOS A EXISTÊNCIA DE DEMAIS HERDEIROS NECESSÁRIOS. ASSIM, SUGERIMOS ANÁLISE QUANTO A LEGITIMIDADE DOS BENEFICIÁRIOS.

Cumpra ainda informar, que na impossibilidade da apresentação dos documentos mencionados anteriormente, deverá ser apresentado Alvará Judicial ou decisão judicial que reconheça união estável do interessado com a vítima.

Com isso, Assim, deve-se verificar a impossibilidade de pagamento da indenização a autora, posto que não se enquadra na qualidade de beneficiária, de modo que tal fato merece ser reconhecido, a fim de que, a Ré, ou qualquer outra Sociedade Seguradora participante do “pool” do Convênio DPVAT, não seja compelida a efetuar outro pagamento a possível beneficiário que possa surgir.

Ainda neste sentido, necessária se faz a verificação quanto aos beneficiários ascendentes da vítima, ou seja, os pais do falecido, vez que, não há qualquer informação a respeito da existência dos mesmos, motivo pelo qual pugna para que seja intimados os pais da vítima ou que seja acostada certidão de óbito.

Assim, deve-se verificar quanto a real qualidade de beneficiários dos Autores, para que no futuro a Ré, ou qualquer outra Sociedade Seguradora participante do “pool” do Convênio DPVAT, não seja compelida a efetuar outro pagamento a possível beneficiário que possa surgir.

DESTA FORMA, ANTE A AUSÊNCIA COMPROVAÇÃO DE ÚNICA BENEFICIÁRIA DA AUTORA PARA RECEBER A INDENIZAÇÃO EM SUA TOTALIDADE, REQUER SEJA JULGADA EXTINTA SEM JULGAMENTO DO MÉRITO, NOS TERMOS DO ART. 485, V, DO CPC DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL/2015.

CARÊNCIA DE AÇÃO - FALTA DE DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

(AUTO DE NECRÓPSIA / LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO – IML).

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT a indenize pelo suposto falecimento de seu ente no acidente noticiado.

A RÉ DEMONSTRARÁ A SEGUIR QUE A PARTE AUTURAL CARECE DA AÇÃO POR NÃO TER FEITO A COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL DA SUA PRETENSÃO.

A lei é clara, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos, quais sejam:

“Art. 5º(...)

§1º(...)

a) Certidão de óbito, registro da ocorrência policial competente e a qualidade de beneficiários no caso de morte;

§3º Não se concluindo na certidão de óbito o nexo de causa e efeito entre a morte e o acidente, será acrescentada a certidão de auto de necropsia, fornecido diretamente pelo Instituto Médico Legal, independente de requisição ou autorização da autoridade policial ou da jurisdição do acidente

Ademais, o artigo 5º da Resolução CNSP nº 07/97, repetindo praticamente o que dispõe a lei, assim disciplina:

“Caso seja detectada falha de ordem formal em um dos documentos mencionados nos artigos 2º e 4º, ou a existência de indícios de fraude, deverá a seguradora, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar do recebimento da documentação, notificar o interessado com “aviso de recebimento”, solicitando os documentos ou esclarecimentos necessários à elucidação do assunto.”

Constata-se que não há nos autos o Laudo do Instituto Médico Legal certificando, com a exatidão que a lei determina a *causa mortis* da vítima como sendo oriunda de acidente automobilístico noticiado.

Essa prova documental incumbe à parte Autora, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 333, I, do CPC.

Dessa forma, como a certidão de óbito não informa que houve acidente de trânsito, não poderia a parte autora pleitear indenização a título de seguro obrigatório, DPVAT, pelo falecimento de seu ente querido, ainda, que lhe tenha causado dor, pois o seguro DPVAT tem requisitos legais a serem obedecidos os quais são alegados ao longo da peça processual que ora se apresenta.

DA FALTA DE INTERESSE DE AGIR

AUSÊNCIA DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Ab initio, cumpre esclarecer que em nenhum momento a parte autora requereu o pagamento, através da via administrativa, intentando imediatamente na via judicante.

A atitude de ingressar com ação antes de tentar solucionar a questão pela via administrativa, que é mais célere, acarreta aglomeração de processos, como se observa com frequência em nosso Judiciário.

Vejamos o entendimento do Tribunal de Justiça de Pernambuco:

“APELAÇÃO CÍVEL. PROCESSUAL CIVIL. DPVAT. PRELIMINAR REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO ACOLHIDA.

AUSÊNCIA DE CONDIÇÃO DA AÇÃO. INTERESSE DE AGIR. RECURSO PROVIDO.

- A ausência do prévio requerimento administrativo, requerendo a cobertura securitária do DPVAT, configura

ausência de interesse de agir, a ausência de prévio requerimento administrativo.

- Extinção do feito sem resolução do mérito, art. 485, IV, do CPC.

- Em razão do reconhecimento do direito à gratuidade de justiça, cumpre esclarecer que a exigibilidade do

montante relativo aos honorários advocatícios fica suspensa (art. 98, § 3º, do CPC/2015).

- Recurso de apelação provido.

(Apelação 507283-70007826-52.2012.8.17.0990, Rel. Itabira de Brito Filho, 3ª Câmara Cível, julgado em 19/07/2018, DJE 21/08/2018)''

Resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo antes de ingressar com ação no Judiciário, consoante a jurisprudência consolidada no Superior Tribunal de Justiça[3].

Cumpre salientar que recentemente o Supremo Tribunal Federal chegou à conclusão de que a ausência de requerimento em sede administrativa nas ações que versam sobre o Seguro Obrigatório DPVAT é motivo para extinção do processo por falta de interesse de agir[4].

Destaca-se que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inerência das suas atividades.

Vale ressaltar que as vítimas de acidentes de trânsito **em todo o Brasil, podem solicitar o seguro DPVAT gratuitamente nas agências próprias dos Correios**[5]. Frisa-se que se trata de um procedimento simples e com dispensa do auxílio de terceiros.

Essas ações promovidas pela Seguradora Líder dos consórcios DPVAT visam facilitar o recebimento na via administrativa dando acesso célere e efetivo aos acidentados, como também tem como objetivos principais evitar a lide e a necessidade de manifestação judiciária sobre o tema.

Em arrimo à tese aqui exposta, é amplamente sabido que o interesse jurídico manifesta-se na existência da lide. A função jurisdicional se exercerá sempre com referência a uma lide que a parte interessada deduz do Estado, pedindo uma solução. A existência da lide, do litígio, obviamente está intimamente ligada à pretensão resistida, que determina o surgimento do conflito, que é uma das condições da ação.

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

Caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A RÉ INFORMA A NECESSIDADE DE SER OUVIDA, PESSOALMENTE, A PARTE AUTORA SOBRE OS FATOS NARRADOS NA INICIAL, BEM COMO TODA DOCUMENTAÇÃO JUNTADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE OCORRÊNCIA, HAJA VISTA QUE A NARRATIVA DOS FATOS, NÃO FOI EXPOSTA DE FORMA CLARA, BASTANTE GENÉRICA, NÃO HÁ TESTEMUNHAS, CONSTANDO APENAS RELATOS TOTALMENTE UNILATERAIS DE TERCEIROS PARA SUA PRÓPRIA CONVENIÊNCIA.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA
DA AUSÊNCIA DE BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial diante da ausência do boletim de atendimento médico da vítima.

Ressalta-se a importância da juntada dos documentos médicos já que é através deles que se confirmará a existência das lesões sofridas pela vítima, de modo que sua ausência impossibilita a apuração do nexo de causalidade do óbito da vítima!

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a veracidade dos fatos narrados na exordial, bem como autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício ao Hospital onde foi prestado o primeiro atendimento, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS/DOCUMENTOS CONTEMPORÂNEOS COMPLEMENTARES/ NÃO CONSTA ACIDENTE DE TRÂNSITO NA CERTIDÃO DE ÓBITO

A Lei que regula a indenização pleiteada pela Autora é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a morte e o acidente noticiado.

EM QUE PESE A PARTE AUTORA TER JUNTADO AOS AUTOS A CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA, NÃO HÁ ELEMENTOS CAPAZES DE COMPROVAR QUE A VÍTIMA TERIA FALECIDO EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO.

EXA., APESAR DA PARTE AUTORA TER JUNTADO A CÓPIA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA, NÃO FICOU COMPROVADO ATRAVÉS DOS DEMAIS DOCUMENTOS TRAZIDOS PELO AUTOR QUE A MORTE DA VÍTIMA DECORREU DO ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

CUMPRE-SE RESSALTAR AINDA QUE A PARTE AUTORA NÃO JUNTOU NENHUM DOCUMENTO CONTEMPORÂNEO AO SINISTRO, DEIXANDO AINDA DE APRESENTAR A CERTIDÃO DO AUTO DE NECROPSIA / LAUDO CADAVERÍCO.

Perceba ainda, que não houve a juntada de toda documentação médica que comprove o nexo de causalidade e o lapso temporal, entre a suposta data do acidente informada, e a morte da vítima.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supra transcrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do CPC.

No caso em apreço, não obstante dispensável a verificação do elemento culpa, mormente por se tratar de um seguro cuja responsabilidade é objetiva, é imprescindível a verificação de nexo de causalidade entre o acidente automobilístico e o dano fatal, sob pena de inviabilizar a indenização prevista na Lei 6194/74.

DESTARTE, COMO NÃO HÁ COMPROVAÇÃO CABAL DO NEXO CAUSALIDADE ENTRE A MORTE E O SUPOSTO ACIDENTE NOTICIADO, DEVERÁ SER A IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO É A MEDIDA QUE SE IMPÕE.

DA PLENA VIGENCIA DA LEI 11.482/07

ALTERAÇÃO DO ART. 4º DA LEI 6.194/74

Cumpre salientar que na data de 31 de Maio de 2007, entrou em vigor a Lei 11.482/07, que alterou a Lei 6.194/74 e a Lei 8.441/92. Em seu art. 8º, encontra-se especificado os novos valores a serem adotados, no que tange à indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT4.

Destaque-se ainda, que a Lei 11.482/07 modifica a forma de pagamento a ser realizado aos beneficiários legais e o mesmo art. 8º da referida Lei, alterou o art. 4º da Lei 6.194/74, no sentido de que a indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 do Código Civil 5.

Desta forma, resta indiscutivelmente comprovado que a verba indenitária deve ser rateada entre todos os beneficiários da vítima.

Reiterando que o valor indenizável para a cobertura de evento morte é de R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais), verifica-se que o valor deve ser dividido entre todos os beneficiários da vítima.

Portanto, para que a autora possa receber o valor referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, deve comprovar a qualidade de única beneficiária.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação6.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 15% (quinze por cento), nos termos do § 1º Art. 1º da Lei nº 1.060/50.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil, às hipóteses de casos de “fácil” instrução.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (Dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas, **ANTE A AUSÊNCIA COMPROVAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIA DA AUTORA, PARA RECEBER A INDENIZAÇÃO EM SUA TOTALIDADE, REQUER SEJA JULGADA EXTINTA SEM JULGAMENTO DO MÉRITO, NOS TERMOS DO ART. 485, V, DO CPC DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL/2015.**

Ante o exposto, requer a Ré a improcedência da ação, tendo amplamente demonstrado o total descabimento da presente demanda, nos exatos termos do artigo 487, inciso I, do CPC.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10%, consoante a previsão do art. 11, § 1º, da Lei 1.060/50.

Protesta, ainda, por todo o gênero de **provas** admitido em direito, especialmente documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da parte autora para que esclareça:

- Queira o autor esclarecer se é o único beneficiário da vítima ou tem conhecimento da existência de outros herdeiros;
- Queira o autor esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial;
- Se tem ciência de algum pagamento administrativo referente ao sinistro em tela;

Por fim, ressalta a necessidade da intervenção do Ministério Público nos casos de interesse de incapazes, sob pena de nulidade processual, conforme artigo 178, II c/c art. 279 do Código de Processo Civil.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR, inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

Fortaleza/CE, 23 de Junho de 2020.

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR

14752 - OAB/CE

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na OAB/CE sob o nº 14752, com escritório na Av. DESEMBARGADOR FLORIANO BENEVIDES MAGALHÃES, 432 - ALTOS, BAIRRO EDSON QUEIROZ, CEP: 60.811-690, FORTALEZA-CE, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **SAMUEL BELARMINO BANDEIRA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **JAGUARIBE**, nos autos do Processo nº 00501164020208060107.

Rio de Janeiro, 23 de junho de 2020.



JOAO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200194359

Vítima: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Data do Acidente: 25/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200194359

Vítima: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Data do Acidente: 25/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200194359

Vítima: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Data do Acidente: 25/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE** ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

Autorização de pagamento



É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

874.614.633-49

Nome completo da vítima

EUDIMAR FELIX BANDEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EUDIMAR FELIX BANDEIRA		CPF titular da conta 874.614.633-49	Profissão
Endereço AVENIDA VIRGILIO TAURA, 1005 FUNDOS		Número 1005	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade JAGUARIBE	Estado CE	CEP 63.475-000
Email		Telefone (DDD) (88)3522.1287	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☒ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. **0749**

D/V

CONTA

NRO. **00028640**

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JAGUARIBE/CE, 12 de JUNHO de 2019

Local e Data

Eudimar Felix Bandeira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA

POUPANÇA



6277 8017 4601 3337

6277

VALIDATE

10/24

EUDIMAR FELIX BANDEIRA

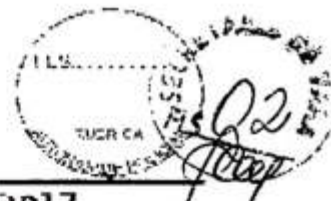
0749 013 00028640-5

elo



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

Jan



TERMO CIRCUNSTANCIADO DE OCORRÊNCIA Nº 472 - 77 / 2017

Dados da Ocorrência

Data / Hora da Ocorrência: 25/09/2016 01:00:00
Incidência Penal: ART.310, CÓDIGO DE TRÁFEGO (LEI 9503)
Local: RODOVIA CE (LIGA JAGUARIBE X FEITICEIRO)
Bairro: ZONA RURAL
Município: JAGUARIBARA/CE

COMARCA DE JAGUARIBE
8977-1R 2017 R DS 0107
Boletim de ocorrência



CEP: 63.490-000

Dados do(s) Autor(es)

1º - Autor: LUIZ FELIX BANDEIRA
Alcunha:
Sexo: MASCULINO
Mãe: ALZIRA FELIX BANDEIRA
Pai: VICENTE BANDEIRA DE LEMOS
Data do Nascimento: 10/10/1950
Doc. Identidade: 2017023545-3 SSP/CE
Naturalidade/UF: JAGUARIBE/CE
Nacionalidade: BRASIL
Escolaridade: ALFABETIZADO
CPF: 195.363.993-34
Endereço: SÍTIO VÁRZEA DO JUAZEIRO
Ponto de Referência:
Bairro: ZONA RURAL
Município: JAGUARIBARA/CE
País: BRASIL

1308/17 16:03
02 06 02 17
[Signature]

Nº de Filhos:

CEP:

Telefone:

Dados do(s) Testemunha(s)

1º - TESTEMUNHA: MANOEL CÂNDIDO DA SILVA
Sexo: MASCULINO Estado Civil: CASADO(A)
Mãe: LETÍCIA CÂNDIDO DA SILVA
Pai: LUIZ BENTO DA SILVA
Data do Nascimento: 23/01/1954 CPF:
Naturalidade/UF: JAGUARIBE/CE
Nacionalidade: BRASIL
Doc. Identidade: 2015018345-8 SSP/CE
Escolaridade: ALFABETIZADO
Profissão: AGRICULTOR
Endereço: SÍTIO SANTA RITA
Ponto de Referência:
Bairro: ZONA RURAL CEP:
Município: JAGUARIBE/CE
País: BRASIL

Telefone:

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JAGUARIBE

**TERMO CIRCUNSTANCIADO DE OCORRÊNCIA Nº 472 - 77 / 2017**

2ª - TESTEMUNHA: **LUCIANO PINHEIRO MARTINS**
Sexo: **MASCULINO** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Mãe: **MARIA PINHEIRO DA SILVA**
Pai: **GERALDO MARTINS DA SILVA**
Data do Nascimento: **10/03/1968** CPF:
Naturalidade/UF: **JAGUARIBE/CE**
Nacionalidade: **BRASIL**
Doc. Identidade: **2016267451-6 SSP/CE**
Escolaridade: **ALFABETIZADO**
Profissão: **AGRICULTOR**
Endereço: **SÍTIO SANTA RITA**
Ponto de Referência:
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **JAGUARIBE/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 BRUS ES** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **LUIZ FELIX BANDEIRA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Antecedentes Criminais

LUIZ FELIX BANDEIRA
- **NAO POSSUI ANTECEDENTES CRIMINAIS NO SIP**

Providências Adotadas

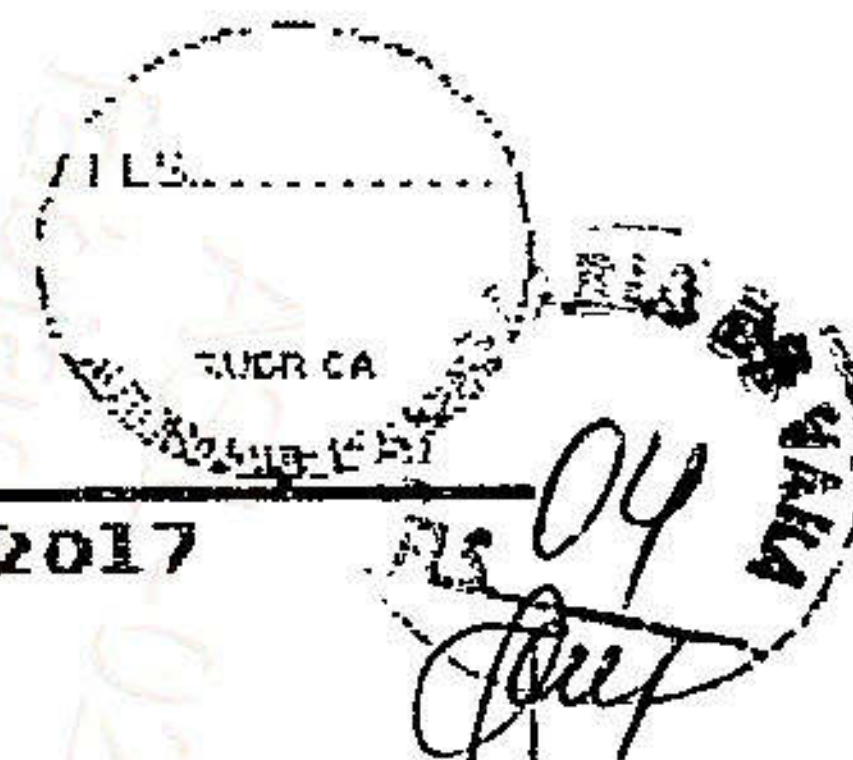
- ☐ EXAME DE CORPO DELITO
- ☐ EXAME PERÍCIA TÉCNICA
- ☐ REPRESENTAÇÃO
- ☐ AVALIAÇÃO
- ☒ TERMO DE COMPROMISSO DE COMPARECIMENTO
- ☐ ANTECEDENTE CRIMINAIS
- ☒ OUTROS

NARRATIVA DA OCORRÊNCIA:

MM. JUIZ DE DIREITO DO JUIZADO ESPECIAL CRIMINAL DA COMARCA:

O presente Termo Circunstanciado de Ocorrência(TCO) foi iniciado para apurar crime capitulado no Art. 310 do CTB, fato ocorrido em data de 25/09/2016 por volta das 01hs00, na rodovia CE que liga Jaguaribe a Feiticeiro, Jaguaribe-CE, figurando como autor do fato **LUIZ FELIX BANDEIRA**.

O fato chegou ao conhecimento desta Autoridade Policial quando o senhor **LUIZ FELIX BANDEIRA** compareceu a esta Delegacia e registrou o Boletem de Ocorrência Policial nº 847/2017 afirmando que entregou para o seu filho **EUDIMAR FELIX BANDEIRA**, não habilitado, a motocicleta de marca Honda NSR 150 BRDS ES de cor vermelha, de placa **DCS0445-CE**, tendo este se



TERMO CIRCUNSTANCIADO DE OCORRÊNCIA Nº 472 - 77 / 2017

envolvido em um acidente de trânsito.

As testemunhas MANDEL CÂNDIDO DA SILVA e LUCIANO PINHEIRO MARTINS, afirmaram que presenciaram quando EUDIMAR FELIX BANDEIRA, em data de 25/09/2016 por volta de 01hs se envolveu num acidente de trânsito quando pilotava referida moto.



O autor do fato afirmou que tem conhecimento que EUDIMAR FELIX BANDEIRA é não habilitado, mas mesmo assim entregou a sua moto para ele pilotar.

8 Luis Felix Bandeira

Não foi possível ouvir EUDIMAR FELIX, tendo em vista seu pai ter afirmado que devido ao acidente, o mesmo se encontra impossibilitado de se locomover em virtude das lesões sofridas no acidente.

É o relatório.

Local e Data : JAGUARIBE, 21 de Junho de 2017

DELEGADO: RAFAEL BIAZI SILVA

MATRÍCULA: 30083717

Recebimento:

LOCAL E DATA: ____/____/____

RECEBEDOR:



TERMO DE COMPROMISSO DE COMPARECIMENTO

Ao(s) 21 dia(s) do mês de Junho de 2017, na Delegacia de Polícia do Município de JAGUARIBE, Estado do Ceará, onde se achava o Delegado de Polícia respectivo, presente os senhores:

Autor(es):

1º) LUIZ FELIX BANDEIRA

Testemunha(s):

1º) MANOEL CÂNDIDO DA SILVA, 2º) LUCIANO PINHEIRO MARTINS

Vítima(s):

todos qualificados no Termo Circunstanciado de Ocorrência Nº 472 - 77 / 2017, os quais se comprometeram, sob as penas da Lei, a comparecerem, no dia ____/____/____, às ____h (agendados junto a Secretaria do Juizado COMARCA DE JAGUARIBE), à sala de audiências do Juizado Especial Criminal do Município de JAGUARIBE situado à AV 8 DE NOVEMBRO S/N - CENTRO, e telefone 088-5221818. E nada mais havendo, determinou a Autoridade Policial encerrar o presente termo que vai por mim, HERMÃO KLEINER SENA BEZERRA, Escrivão(o) que o digitei.

DELEGADO(A):

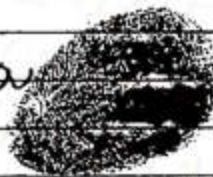
INFRATOR:

1ª TESTEMUNHA:

2ª TESTEMUNHA:

ESCRIVÃO(O):

Hermão Kleiner Sena Bezerra
Escrivão de Polícia Civil/CE
Mat.: 133948-1-4



Nº DO CLIENTE
4908679-0

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 de Ceará
 Rua Padre Veldervino, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº
509068351

Rota 09 17000 19 103500 - 0

Data de Emissão 15/01/2018

Nome EUDIMAR FELIX BANDEIRA

 End. Postal AV VIRGILIO TAVORA FUNDOS 01005
 - JAGUARIBE - 63475000

Medidor 1029744

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 874614633-49

CGF

Nome do Responsável

Comprovante de residência


DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Lettura
Jan/2018	15/01/2018	14/02/2018

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

 Conjunto JAGUARIBE
 Mês Nov/2017 EUSD 19,58

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
51,50	27,00%	13,90

Padrão Individual	Apuração Individual		
	Mensal	Títm.	Anual
DIC	5,67	11,34	22,69
FIC	3,36	6,72	13,45
DMIC	3,29		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

44DA.5CDD.19C5.FD85.182C.2C71.B9C0.7275

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
2457	2386	1,00	71	0,00	71	0,72544	51,50
15/01/18	15/12/17		31 DIAS		71		51,50

DESCRIÇÃO

 VALOR CONSUMO DO MES
 QUOTA PARCELAMENTO 4/6
 JUROS DO MES
 ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL
 COB. CREFAZ 0800 052 5051 2/12

VALOR (R\$)

 51,50
 33,76
 0,69
 3,86
 97,01



Documentação médico - hospitalar



PREFEITURA MUNICIPAL DE
JAGUARIBE

SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR
PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE-CE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA MELHOR EM CASA

Atesto para os devidos fins que o paciente Eudimar Félix Bandeira se encontra em reabilitação fisioterápica e fonoaudiológica, estando acompanhado por equipe multidisciplinar do Serviço de Atenção Domiciliar de Jaguaribe-Ce, além de ser assistido pelo ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Walter Cantídio – Fortaleza/CE – Universidade Federal do Ceará.

Possui sequelas motoras e neurológicas secundárias a traumatismo crânio encefálico ocorrido em setembro de 2016.

Dessa forma, se encontra com dificuldade em execução de suas funções laborais.

CID 10: T 90.5 / J 30.8

Jaguaribe, 13 de dezembro de 2017.

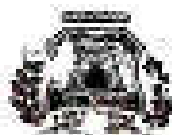
Atenciosamente,

Dr. Rafael Lima Menezes
Médico
CREMEC 12606

RAFAEL LIMA DE MENEZES

MÉDICO

CREMEC 12606



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978

PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

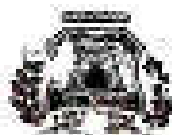
MOTIVO: PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 25/09/2016, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE, TRAUMA DE FACE; EDEMA CEREBRAL, INTUBADO SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA, ADMITIDO EM UTL EM 11/10/2016, FOI TRAQUEOSTOMIZADO (DR. IRAPUAN ROCHA). EVOLUIU COM FORMAÇÃO DE ÚLCERA SACRAL INFECTADA; TENDO SIDO SUBMETIDO A DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO EM 14/11/2016 (DR. RICARDO SÁ). ESTENOSE DE TRAQUEIA DE 40 % ; BEM COMO, PARALISIA DE CORDAS VOCAIS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA, EM 16/12/2016, DEVENDO RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL E OTORRINO (NO HOSPITAL WALTER CANTÍDIO).

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 12/04/2017 (JOAQUIM/V).

JOAQUIM V.
MÉDICO
CRM 100.000

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO RAE/NUAME-IJF

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978

PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

MOTIVO: PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 25/09/2016, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE, TRAUMA DE FACE; EDEMA CEREBRAL, INTUBADO SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA, ADMITIDO EM UTL EM 11/10/2016, FOI TRAQUEOSTOMIZADO (DR. IRAPUAN ROCHA). EVOLUIU COM FORMAÇÃO DE ÚLCERA SACRAL INFECTADA; TENDO SIDO SUBMETIDO A DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO EM 14/11/2016 (DR. RICARDO SÁ). ESTENOSE DE TRAQUEIA DE 40 % ; BEM COMO, PARALISIA DE CORDAS VOCAIS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA, EM 16/12/2016, DEVENDO RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL E OTORRINO (NO HOSPITAL WALTER CANTÍDIO).

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 12/04/2017 (JOAQUIM/V).

Joachim, J. V.
Médico
CRM 100.000

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO RAE/NUAME-IJF

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Ac do moto

VALIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-66

BR 116 Km 300 - Cruzeiro - Jaguaribe

Endereço do 2º Ofício	Rua Estácio Barreto, 100
Cidade	Jaguaribe - CE
CEP	83135-210
Telefone	(85) 3323.1000
E-mail	hospital@jaguaribe.ce.gov.br
Site	www.hospitaljaguaribe.ce.gov.br

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: Indiviana Felix Bandeira
Sexo: M (A) F (I) Data de Nascimento: 30/04/38
Raça/Cor: Parda CNS
End. Residência: Vaixa Cruz
PSF: Fukui

DADOS DA CONSULTA

Data: 05/09/16 Hora da Chegada: 05:00 T: 90 x 60 - 8
Hora do Atendimento: 05:00 PA: 90 x 60 - 8

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Paciente relata de acidente automobilístico (acc), deu entrada neste hospital com hemorragia de nível de consciência e recuperação em 10 seg, após 1 hora de internação. TGA (marcha de robô) e utilização de oxigênio de 2L por minuto.
Hipótese diagnóstica: CE grave
Abd. Tiroide

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

CONDUITA MEDICA

Observação: 6h ☐ 12h ☐ 24h ☐
Transferência ☐ Internação ☐

DIETA

☐ ZERO ☐ LIVRE
☐ LÍQUIDA ☐ BRANDA
☐ PASTOSA

PRESCRIÇÃO MEDICA

1) Sedação: Midazolam 5mg + 40ml + Fentanyl 2mg + 40ml
2) Manutenção: Midazolam 2mg + 40ml + Fentanyl 2mg + 40ml
3) TOI + Ventilação com pressão + 2L de O2 por minuto
4) SAO 9% 60ml 10 dias

Dr. Fernando: Assinatura

MARCO
CREMEO 18784
CREMERN 3345

ASSINATURA DO MEDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

Ⓢ R A T I F I C A Ç Ã O

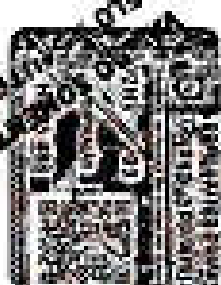
Nome: Eudimar Sales Bandeira

D.N: 30.01.1978

DOC: 54.514 295 - 7

Antônio Carlos Gomes Bandeira
Comarca de Jaguaripe
Município de Jaguaripe

SELO
DE
AUTENTICIDADE
DO
DOCUMENTO
COM
O
SISTEMA
DE
CÓPIA
FOTOSTÁTICA



Capitão de Polícia Rua Santa Bárbara, 101 13.210-000 Jaguaripe	A presente cópia fotostática confere com a original que me foi entregue Dou fe Jaguaribe-Ce 08 MAI 2017 Em testemunho <u>R</u> da verdade <u>Fatima Maria Barbosa</u> Tabella Válido Somente com o selo de autenticidade
--	---

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Frederico Felix Bezerra Sexo: ☐ M ☐ F
Data de Nascimento: 01/01/2000 Município de Residência: _____ UF: _____
Endereço: _____ Nº e PIS: _____
Profissão: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Data de Voto / Responsável: _____

CLASSIFICAÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

1. ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ DOENÇA () DIFTERIA () HANSENÍASE () POLIOMIELITE
☐ SUGELA () SARAMPO () TUBERCULOSE () HEPATITE

OUTROS: _____

2. RISCOS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO () SIDA (AIDS) () EPILEPSIA () CARDIOPATIA
☐ DENTAL () ALERGIA () TABAGISMO () HEMOFILIA
☐ DIABETES () CHAGAS () HIPERTENSÃO () DEFICIÊNCIA FÍSICA

OUTROS: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CANCER () CARDIOPATIA () DIABETES () HANSENÍASE
☐ HEMOFILIA () HIPERTENSÃO () TUBERCULOSE

OUTROS: _____

DATA	TIPOS	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1ª								
	2ª								
	3ª								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

EXAME	DATA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
1ª EXAME																	
2ª EXAME																	
3ª EXAME																	

RELATÓRIO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

Clínica /
Semiologia

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

15/07/13

Idade: 300 x 70

Aboligo vital: dorme bem na
casa de paciente, 39 anos, vítima
de acidente automobilístico envolvendo
com TCE grave e fratura de
fêmur. Sinais vitais de 2 meses
internado em FORTALIZA e desde
degradação nutricional alta e continua
em acompanhamento ambulatorial
Apresenta infarto para o diagnóstico
em imagem.

No momento, apresenta-se
ocorrendo diminuição, em alimentação
para SNE e uso de diálise
limpo e com presença / flacidez
Exatidão nervosa e interação com
o examinador.

Relato evolução da evolução nutricional
à D, apresentando peso e desenvolvimento
oculto à E. Apresenta evolução da
força e limitação dos movimentos
em mmll. Queixas de insônia

Apresenta sinais mais evidentes
sem fratura em presença de
exatidão com fratura vertebral
sinalizada e lombalgia

AR: RR: 21, BAF normal
AR: muc com secreções abundantes
sem batimento FR: 18 bpm

Cb: 1) Janela fisiológica

mediana, presença de

2) dificuldade de acesso (nutrio)

3) Rinsos muito de

Penetração 100mg de/dia

4) pela SNE

5) Apresenta propagação cirúrgica

6) e tratamento em Fortaliza

7) e higiene

8) Presença Fibrose

9) Presença de inflamação 5mg

10) Presença de inflamação 5mg

11) Presença de inflamação 5mg

12) Presença de inflamação 5mg

Autenticidade
Conformidade
Adequação
Qualidade
Preferência



SUS-898 0005 9324 8356



JAGUARIBE
cidade futura.

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome: Eudimar Felix Barreira Sexo: M ☐ F ☐
 Data de Nascimento: 30/01/78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
 N.º do PMS: _____
 UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
 Nome do Cartório: _____
 Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Responsável: _____

CLASSIFICAÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ SQUISUDE ☐ DIFTERIA ☐ HANSENASE ☐ POLIOMELITE
☐ RUBÉOLA ☐ SARAMPO ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE
 TTOS

ACRÁVOS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO ☐ SIDA (AIDS) ☐ EPILEPSIA ☐ CARDIOPATIA
☐ MENTAL ☐ ALERGIA ☐ TABAGISMO ☐ HEMOFILIA
☐ LESÕES ☐ CHAGAS ☐ HIPERTENSÃO ☐ DEFICIÊNCIA FÍSICA
 Outros:

ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES MICO R.
☐ TUBERCULOSE ☐ HANSENASE
☐ HIPERTENSÃO
 Outros:

DATA	TIPOR	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TTOT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1ª								
	2ª								
	3ª								
	Out.								

ODONTOGRAMAS

EXAME	DIREITO													ESQUERDO			
CAT		15	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		45	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		85	84	83	82	81				71	72	73	74	75			

EXAME	DIREITO													ESQUERDO			
CAT		15	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		45	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		85	84	83	82	81				71	72	73	74	75			

EXAME	DIREITO													ESQUERDO			
CAT		15	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		45	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		85	84	83	82	81				71	72	73	74	75			

RELATÓRIO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

DATA	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/19		<p>Paciente Relata de Eritema sobre o EVS, tomar 2 cp / P dia, diazepam 5 mg, tomar 1 cp a noite</p>	
05/04/19		<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE e início ruído de alimentação por via VO. Paciente consciente, "verbaliza", movimentos em 4 membros e queixa-se de dor no local da escara. Foi à Farmácia onde orientaram retorno com roscobas para retirada de traqueostomia. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deu início diarreia da fenda com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória.</p> <p>ACV: RR, 2T, BNF, 12 r/min</p> <p>PA: 110/70, com ritmos cardíacos</p> <p>Paciente com amiotrofia e paralisia do olhar vertical à D.</p> <p>PA: 350 x 40</p> <p>Traqueostomia com secreção e sem flegm.</p> <p>Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
05/04/19	<p>Contato com o original</p> <p>Contato com o original</p>	<p>CD: ① Orienta limpeza / curativo da escara</p> <p>② Mudança de decúbito a cada 2 hrs</p> <p>③ Solicita TC de crânio</p> <p>④ Encaminhado ao "Mulher em casa"</p> <p>⑤ Aguarda diarreia da fenda e acompanhamento fisioterápico.</p>	



Jaguaribe
cidade futura.

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Eudimar Felix Brito Sexo: ☐ M ☐ F
Data de Nascimento: 22.01.78 Município de Res.: _____ UF: _____
Endereço: _____ Nº do PIS: _____
Cidade: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
Linha: _____ Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Nome da Mãe / Responsável: _____

1 - PARTIÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ COQUELUQUE ☐ DIFTERIA ☐ HANSENÍASE ☐ POLIOMIELITE
☐ RUBÉOLA ☐ SARAMPO ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE
OUTROS: _____

2. ATRAVÉS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO ☐ SIDA (AIDS) ☐ EPILEPSIA ☐ CARDIOPATIA
☐ D. MENTAL ☐ ALERGIA ☐ TABAGISMO ☐ HEMOFILIA
☐ DIABETES ☐ CHAGAS ☐ HIPERTENSÃO ☐ DEFICIÊNCIA FÍSICA
OUTROS: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES ☐ HANSENÍASE
☐ NEUROSIA ☐ HIPERTENSÃO ☐ TUBERCULOSE
OUTROS: _____

DATA	TIPOS	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1º								
	2º								
	3º								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO																ESQUERDO							
	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	21	22	23	24	25	26	27	28			
DATA																								
	48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	31	32	33	34	35	36	37	38			
				85	84	83	82	81																

2º EXAME	DIREITO																ESQUERDO							
	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	21	22	23	24	25	26	27	28			
DATA																								
	48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	31	32	33	34	35	36	37	38			
				85	84	83	82	81																

3º EXAME	DIREITO																ESQUERDO							
	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	21	22	23	24	25	26	27	28			
DATA																								
	48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	31	32	33	34	35	36	37	38			
				85	84	83	82	81																

Anotar em azul serviços encontrados, em vermelho os serviços a serem realizados

LAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
B-102/15	<p>Pt: 500 x 70</p> <p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente, 39 anos, vítima de acidente motociclístico envolvendo com TCE grave e trauma de face. Ficou cerca de 2 meses internada em Fortaleza e desde dezembro mantém alta e continua com acompanhamento ambulatorial. Aguarda retorno para a cirurgia em um mês.</p> <p>No momento, encontra-se acamada, dismetido, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem secreção / flegma. Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Relata redução da acuidade visual à D, apresenta ptose leve e desvio ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos em MMII. Queixa-se de insônia.</p> <p>Apresenta lesão nas unhas com tecido em processo de cicatrização com fundo amarelado úmido e brilhoso.</p> <p>AEV: RR, 2T, BNF, síncopes AR: MV@, com rales diminuídas em bases, FR: 19 ipm.</p>	
<p>Autentico xer conforme o original arquivado desta Prefeitura de 12/12/17</p>	<p>CD: ① Indico fisioterapia motora, porém há dificuldade de acesso (cúbito)</p> <p>② Renova receita da Fenitoína 100mg 2x/dia pela SNE</p> <p>③ Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>④ Orientações sobre cuidados e higiene</p> <p>⑤ Prescrição Fibrin</p> <p>⑥ Prescrição de paracetamol 5mg -</p>	
	<p>CREMED 10.036</p>	

SUS=898 0005 9324 8356



Jaguaribe
cidade futura.

Estado de Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Usuário: Eudimar Felix Bahiano Sexo: M ☒ F ☐
Data de Nascimento: 30.01.78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
Idade: _____ N.º do PIS: _____
Identidade: _____ UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
Unidade Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
Voto: _____ Folhas: _____ Tombo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Código de Mão / Responsável: _____

ERECÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

2. ANTECEDENTES PESSOAIS

() COQUELUCHÊ () DIFTERIA () HANSEIASE () POLIOMIELITE
() RUBÉOLA () SARAMPO () TUBERCULOSE () HEPATITE

OUTROS: _____

3. AGRAVOS DE RISCO

() ALCOOLISMO () SIDA (AIDS) () EPILEPSIA () CARDIOPATIA
() D. MENTAL () ALERGIA () TABAGISMO () HEMOFILIA
() DIABETES () CHAGAS () HIPERTENSÃO () DEFICIÊNCIA FÍSICA

OUTROS: _____

5. ANTECEDENTES FAMILIARES

() CÂNCER () CARDIOPATIA () DIABETES
() HEMOFILIA () HIPERTENSÃO () TUBERCULOSE

OUTROS: _____

*Original e autenticado
Conforme o original
Arquivado nesta Prefeitura
02/05/2012*

DATA	TIPOS	A. POLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	S. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1º								
	2º								
	3º								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
2º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
3º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						

AValiação Clínica e Diagnóstica

Data	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17		<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE e início recente de alimentação por VO. Paciente consciente, "entoliza", movimentos em 4 membros e queixa-se de dores de dor no local da ferida. Foi à Antologia onde orientamos sobre o uso do traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deixar iniciar desmame da sonda com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória.</p> <p>ACV: RR, 21, BNF, 13/13</p> <p>PA: 110/70, com rubor espontâneo</p> <p>Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D.</p> <p>PA: 330 x 70</p> <p>Traqueostoma com secreção e sem flegma. Escara nasal com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
03/04/17		<p>CD: ① Oriento limpeza / curativo da ferida</p> <p>② Mudança de decúbito a cada 2 hrs</p> <p>③ Solicito TC de crânio</p> <p>④ Encaminhado ao "Melhor em casa"</p> <p>⑤ Aguardo desmame da sonda e acompanhamento fisioterápico.</p>	

Autêntico xerox
Conforme o original
arquivado nesta Prefeitura
03/04/17

Dr. [Assinatura]

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 20/04/2017 04:02:37

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CAD: 040001-11-0000	NOME: ELMAR FELIX BARROSA			Pagador: SUS/MS	
CPF:	RES:	D. NASC: 28/07/1978	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Pardo
NOME DA MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BARROSA			NOME DO PAI: LUIZ FELIX BARROSA		
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: VIA DO JAZZING		Nº: 34	Bairro: Zona Rural
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 330449	MUNICÍPIO: JACARECANGA	UF: CE	CEP: 61200-000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: LUIZ FELIX BARROSA		PARENTESCO: PAI		TELEFONE:	
TIPO DE VÍNCULO: ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CBO:		
ACIDENTE E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com machucado, Acidente de transporte sem colisão, Trauma capotamento, queda de produção de uma instalação					
QUEIXAS: VITIMA DE QUITA DE MOTO, COM TOS GRAVE, ENTUPEZ.					
OBSERVAÇÕES: TRAUMA CRANIOENCEFALICO, RESPIRAÇÃO INADEQUADA					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Avia Plaster					
Exame de Orf: Sem dor		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					

Assessor:

Exame físico:

Conclusão:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCUABRIMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

Ac do moto

VALIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-66

BR 116 Km 300 - Cruzeiro - Jaguaribe

Endereço do 2º Ofício	Rua Emanoel Barreto, 100
Cidade	Jaguaribe - CE
CEP	8313527-1001
Telefone	(85) 3333-1001
Nome do Responsável	Fátima Maria Barbosa
Nome do Responsável	Tatiana
Nome do Responsável	Nome do Responsável

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: Indivara Elix Bandeira
Sexo: M (A) F (I) Data de Nascimento: 30/04/38
Raça/Cor: Parda CNS
End. Residência: Viaza Cruzino
PSF: Fukwin

DADOS DA CONSULTA

Data: 05/09/16 Hora da Chegada: 05:00 T: PA 90x60-15
Hora do Atendimento: 05:00

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Paciente relata de acidente automobilístico (acc) da estrada
veste umidade com hemorragia de nível de consciência e
recuperação em 100% após 1 hora. Nalado 100% (marcha)
de recuperação e utilização clínica do presente
Gargal 3/5; Ruptura da membrana do pulmão, e Lacer
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA
ACE grave Abel Travençolo

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

CONDUITA MÉDICA

Observação: 6h ☐ 12h ☐ 24h ☐
Transferência ☐ Internação ☐

DIETA

☐ ZERO ☐ LIVRE
☐ LÍQUIDA ☐ BRANDA
☐ PASTOSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1 Sedação: Midazolam 5mg + 40ml + Fentanyl 2mg + 40ml
2 Manutenção: Midazolam 2mg + 40ml + Fentanyl 2mg + 40ml
3 FOT + Ventilação com pressão FB 12cmH₂O
4 SPO₂ 98% 60ml 10 60ml 10

Dr. Fernando: Assinatura

MARCO
CREMIO 18784
CREMERN 3345

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

Ⓢ R A T I F I C A Ç Ã O Ⓢ

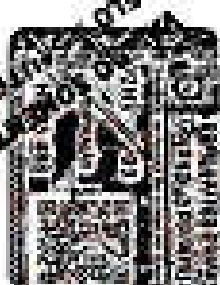
Nome: Eudimar Sales Bandeira

D.N: 30.01.1978

DOC: 54.514 295 - 7

Antônio Carlos Gomes de Sá
Comarca de Jaguaripe
Município de Jaguaripe

SELO
DE
AUTENTICIDADE
DO
DOCUMENTO
COM
O
SISTEMA
DE
SEGURANÇA
DO
GOV. DE
JAGUARIPE



Castro de Aguiar Rua Santa Helena, 101 13.125-000 Jaguaripe	1	A presente cópia fotostática confere com a original que me foi entregue
	2	Dou fe
	3	Jaguaripe-Ce 08 MAI 2017
	4	Em testemunho <u>R</u> da verdade
		<i>Fátima Maria Barbosa</i>
		Fátima Maria Barbosa
		Tabellã
		Valido Somente com o selo de autenticidade

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Frederico Felix Bezerra Sexo: ☐ M ☐ F
Data de Nascimento: 01/01/2000 Município de Residência: _____ UF: _____
Endereço: _____ Nº da RUA: _____
Cidade: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Data de Voto / Responsável: _____

CLASSIFICAÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

1. ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ DOENÇA () DIFTERIA () HANSENÍASE () POLIOMIELITE
☐ SUGELA () SARAMPO () TUBERCULOSE () HEPATITE

OUTROS: _____

2. RISCOS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO () SIDA (AIDS) () EPILEPSIA () CARDIOPATIA
☐ DENTISTAL () ALERGIA () TABAGISMO () HEMOFILIA
☐ DIABETES () CHAGAS () HIPERTENSÃO () DEFICIÊNCIA FÍSICA

OUTROS: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CANCER () CARDIOPATIA () DIABETES () HANSENÍASE
☐ HEMOFILIA () HIPERTENSÃO () TUBERCULOSE

OUTROS: _____

DATA	TIPOS	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A SARAMPO	B. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1ª								
	2ª								
	3ª								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

1ª EXAME	DATA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		46	47	48	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
2ª EXAME	DATA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		46	47	48	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
3ª EXAME	DATA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		46	47	48	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						

Assinar em azul serviços encontrados, em vermelho os serviços a serem realizados

RELATÓRIO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

Clínica /
Semiologia

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

15/07/13

Idade: 300 x 70

Aboligo vital: dorme bem na casa de paiado, 39 anos, vítima de acidente motorciclístico envolvendo com TCE grave e fratura de fêmur. Sinais curas de 2 meses internado em Fontaluga e diada degenhano uvelas alta e continua em acompanhamento ambulatorial. Aguarda internar para a cirurgia em urgo.

No momento, encontra-se ocorrendo diminuição, em alimentação por SNE e uso de diuresestora. Limpo e com reação / flugos. Exatã nervosidade e interage com a examinadora.

Relat. condução da audição verbal à D, apresentando pífia leve e durante ocultas à E. Apresenta condução da força e limitação das movimentos com mmll. Quilares de amônia.

Apresenta surdo mais indolgo sem frida em passivo de micotização com fundo normalis simiao e bilhoro.

AR: RR: 21, RAR: 21/mcpas
AR: mtd com uareos alveolos
sem barus FR: 18 upm.

Cb: 1) Jrdio fisioterapia

mediana, pração R6

2) dificuldade de acesso (extra)

3) Remova uvela de

Penetração 100mg a/dia

4) pela SNE

5) Aguarda preparação cirúrgica

6) e uvelano em Fontaluga

7) Qnização no su euidades

8) e hupuni

9) Prescuso Fabuaz

10) Prescuso Fabuaz 5mg

Autenticidade
Conformidade
agilidade
de decisão
de prioridade
de preferência

CREMEP 270750

SUS-898 0005 9324 8356



JAGUARIBE
cidade futura.

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

NOME: Eudimar Felix Barreira Sexo: M ☐ F ☐
 Data de Nascimento: 30/01/78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
 N.º do PIS: _____
 UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
 Nome do Cartório: _____
 Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Responsável: _____

CLASSIFICAÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ ESCOLARIDADE ☐ DIFTERIA ☐ HANSENÍASE ☐ POLIOMIELITE
☐ FEBRE ☐ SARAMPO ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE
 TÍTULOS

ACRÁVOS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO ☐ SIDA (AIDS) ☐ EPILEPSIA ☐ CARDIOPATIA
☐ MENTAL ☐ ALERGIA ☐ TABAGISMO ☐ HEMOFILIA
☐ LESÕES ☐ CHAGAS ☐ HIPERTENSÃO ☐ DEFICIÊNCIA FÍSICA
 OUTROS

ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES MELLITO
☐ TUBERCULOSE ☐ HIPERTENSÃO ☐ HANSENÍASE
 OUTROS



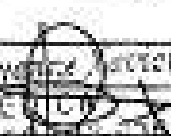
DIABETES MELLITO
 TUBERCULOSE
 CÂNCER
 09/11/14

DATA	TÍPO	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TTIDT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1ª								
	2ª								
	3ª								
	4ª								

ODONTOGRAMAS

EXAME	DIREITO	51	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												

RELATÓRIO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

DATA	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/19		<p>Paciente Relata de Eritema sobre o EVS, tomar 2 cp / P dia, diazepam 5 mg, tomar 1 cp a noite</p>	
			
05/04/19		<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE e início ruído de alimentação por via VO. Paciente consciente, "verbaliza", movimentos em 4 membros e queixa-se de dor no local da escara.</p> <p>Foi à família onde orientamos sobre os cuidados para retirada de traqueostomia. Não foi mais indicada cirurgia de face.</p> <p>Paciente iniciou diarreia da fenda com a fisioterapia e fazer fisioterapia motora e respiratória.</p> <p>ACV: RR, 2T, BNF, 12/2000</p> <p>PA: 110/70, com ritmos cardíacos</p> <p>Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D.</p> <p>PA: 350 x 40</p> <p>Traqueostomia com secreção e sem flegm.</p> <p>Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
<p>Contato com o original</p> <p>Contato com o original</p>		<p>CD: ① Orienta limpeza / curativo da escara</p> <p>② Mudança de decúbito a cada 2 hrs</p> <p>③ Solicita TC de crânio</p> <p>④ Encaminha ao "Médico em casa"</p> <p>⑤ Acompanha diarreia da fenda e acompanhamento fisioterápico.</p>	



Jaguaribe
cidade futura.

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Eudimar Felix Brito Sexo: ☐ M ☐ F
Data de Nascimento: 22.01.78 Município de Res.: _____ UF: _____
Endereço: _____ Nº do PIS: _____
Município de Res.: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
Linha: _____ Faltas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Nome da Mãe / Responsável: _____

1 - PARTIÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ COQUELUQUE ☐ DIFTERIA ☐ HANSENÍASE ☐ POLIOMIELITE
☐ RUBÉOLA ☐ SARAMPO ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE
OUTROS: _____

2. ATRAVÉS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO ☐ SIDA (AIDS) ☐ EPILEPSIA ☐ CARDIOPATIA
☐ D. MENTAL ☐ ALERGIA ☐ TABAGISMO ☐ HEMOFILIA
☐ DIABETES ☐ CHAGAS ☐ HIPERTENSÃO ☐ DEFICIÊNCIA FÍSICA
OUTROS: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES ☐ HANSENÍASE
☐ NEUROSIA ☐ HIPERTENSÃO ☐ TUBERCULOSE
OUTROS: _____

DATA	TIPOS	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1º								
	2º								
	3º								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	35	34	33	32	31	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
2º EXAME	DIREITO	35	34	33	32	31	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
3º EXAME	DIREITO	35	34	33	32	31	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						

Anotar em azul serviços encontrados, em vermelho os serviços a serem realizados

LAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
B-102/15	<p>Id: 500 x 70</p> <p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente, 39 anos, vítima de acidente motociclistico envolvendo com TCE grave e trauma de face. Ficou cerca de 2 meses internada em Fortaleza e desde dezembro mudou alta e continua com acompanhamento ambulatorial. Aguarda retorno para a cirurgia em um mês.</p> <p>No momento, encontra-se acamada, disnutrida, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem secreção / flogores.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Relata redução da acuidade visual à D, apresenta ptose leve e desvio ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos em MMII. Queixa-se de insônia.</p> <p>Apresenta lesão nas unhas com tecido em processo de cicatrização com fundo amarelado úmido e brilhoso.</p> <p>AEV: RR, 2T, BNF, síncopes AR: MV@, com ruídos diminuídos em bases, FR: 19 ipm.</p>	
<p>Autentico xer conforme o original arquivado desta Prefeitura de 02/12/17</p>	<p>CD: ① Indico fisioterapia motora, porém há dificuldade de acesso (cúbito)</p> <p>② Renova receita da Fenitoína 100mg 2x/dia pela SNE</p> <p>③ Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>④ Orientações sobre cuidados e higiene</p> <p>⑤ Prescrição Fibrin</p> <p>⑥ Prescrição de paracetamol 5mg -</p>	
	<p>CREMED 10.036</p>	

SUS=898 0005 9324 8356



JAGUARIBE
cidade futura.

Estado de Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Usuário: Eudimar Felix Bahiana Sexo: M ☒ F ☐
 Data de Nascimento: 30.01.78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
 Idade: _____ N.º do PIS: _____
 Identidade: _____ UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
 Unidade Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
 Valor: _____ Folhas: _____ Tombo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Nome do Mãe / Responsável: _____

ERECÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

2. ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ COQUELUCHE ☐ DIFTERIA ☐ HANSEIASE ☐ POLIOMIELITE
☐ RUBÉOLA ☐ SARAMPO ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE

OUTROS: _____

3. AGRAVOS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO ☐ SIDA (AIDS) ☐ EPILEPSIA ☐ CARDIOPATIA
☐ D. MENTAL ☐ ALERGIA ☐ TABAGISMO ☐ HEMOFILIA
☐ DIABETES ☐ CHAGAS ☐ HIPERTENSÃO ☐ DEFICIÊNCIA FÍSICA

OUTROS: _____

5. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES ☐ HANSEIASE
☐ HEMOFILIA ☐ HIPERTENSÃO ☐ TUBERCULOSE

OUTROS: _____

*Original e cópia
Cópia autenticada
em nome da Prefeitura
de 02/05/2012*

DATA	TIPOS	A. POLIO	TRIPLICE	A. SARAMPO	S. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1º								
	2º								
	3º								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11						21 22 23 24 25 26 27 28					
	48 47 46 45 44 43 42 41						31 32 33 34 35 36 37 38					
		85 84 83 82 81					71 72 73 74 75					

2º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11						21 22 23 24 25 26 27 28					
	48 47 46 45 44 43 42 41						31 32 33 34 35 36 37 38					
		85 84 83 82 81					71 72 73 74 75					

3º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11						21 22 23 24 25 26 27 28					
	48 47 46 45 44 43 42 41						31 32 33 34 35 36 37 38					
		85 84 83 82 81					71 72 73 74 75					

AValiação Clínica e Diagnóstica

Data	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17		<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE e início recente de alimentação por VO. Paciente consciente, "entoliza", movimentos em 4 membros e queixa-se de dores de dor no local da ferida. Foi à Antologia onde orientamos sobre o uso do traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deixar iniciar desmame da sonda com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória.</p> <p>ACV: RR, 21, BNF, 13/13</p> <p>PA: 110/70, com rubor espontâneo</p> <p>Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D.</p> <p>PA: 110 x 70</p> <p>Traqueostoma com secreção e sem flegm.</p> <p>Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
<p>Autêntico xerox Conforme o original arquivado nesta pasta 03/04/17</p>		<p>CD: ① Oriento limpeza / curativo da ferida</p> <p>② Mudança de decúbito a cada 2 hrs</p> <p>③ Solicito TC de crânio</p> <p>④ Encaminhado ao "Melhor em casa"</p> <p>⑤ Aguardo desmame da sonda e acompanhamento fisioterápico.</p>	

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 20/04/2017 04:02:37

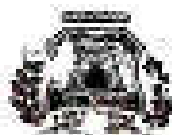
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CAD: 040001-11-0000	NOME: ELMAR FELIX BARROSA			Pagador: SUS/MS	
CPF:	RG:	D. NASC: 28/07/1978	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	NACAO/COG: Povo
NOME DA MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BARROSA			NOME DO PAI: LUIZ FELIX BARROSA		
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: VIA DO JAZZING		Nº: 34	BARRIO: ZONA RURAL
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 330449	MUNICÍPIO: JACARECANGA	UF: CE	CEP: 61200000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: LUIZ FELIX BARROSA		PARENTESCO: PAI		TELEFONE:	
TIPO DE VÍNCULO: ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CBO:		
ACIDENTE E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com machucado, Acidente de transporte sem cinto, Inalação capilar, queda de produção de uma escavadeira					
QUEIXAS: VITIMA DE QUITA DE MOTO COM TOS GRAVE, ENTUPEZ.					
OBSERVAÇÕES: TRAUMA CRANIOENCEFALICO, RESPIRAÇÃO INADEQUADA					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: ÁREA PLANTAR					
Exame de Orf: Sem dor		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					

Assinatura:

Nome: Rômulo

Código:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCUABRIMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978

PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

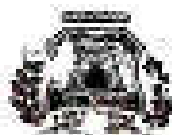
MOTIVO: PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 25/09/2016, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE, TRAUMA DE FACE; EDEMA CEREBRAL, INTUBADO SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA, ADMITIDO EM UTL EM 11/10/2016, FOI TRAQUEOSTOMIZADO (DR. IRAPUAN ROCHA). EVOLUIU COM FORMAÇÃO DE ÚLCERA SACRAL INFECTADA; TENDO SIDO SUBMETIDO A DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO EM 14/11/2016 (DR. RICARDO SÁ). ESTENOSE DE TRAQUEIA DE 40 % ; BEM COMO, PARALISIA DE CORDAS VOCAIS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA, EM 16/12/2016, DEVENDO RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL E OTORRINO (NO HOSPITAL WALTER CANTÍDIO).

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 12/04/2017 (JOAQUIM/V).

Joachim, J. V.
Médico
CRM: 100.000.000

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO RAE/NUAME-IJF

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978

PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

MOTIVO: PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 25/09/2016, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE, TRAUMA DE FACE; EDEMA CEREBRAL, INTUBADO SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA, ADMITIDO EM UTL EM 11/10/2016, FOI TRAQUEOSTOMIZADO (DR. IRAPUAN ROCHA). EVOLUIU COM FORMAÇÃO DE ÚLCERA SACRAL INFECTADA; TENDO SIDO SUBMETIDO A DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO EM 14/11/2016 (DR. RICARDO SÁ). ESTENOSE DE TRAQUEIA DE 40 % ; BEM COMO, PARALISIA DE CORDAS VOCAIS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA, EM 16/12/2016, DEVENDO RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL E OTORRINO (NO HOSPITAL WALTER CANTÍDIO).

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 12/04/2017 (JOAQUIM/V).

JOAQUIM V.
MÉDICO
CRM 100.000

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO RAE/NUAME-IJF

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Ac do moto

VALIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-66

BR 116 Km 300 - Cruzeiro - Jaguaribe

Endereço do 2º Ofício	Rua Estácio Barreto, 100
Cidade	Jaguaribe - CE
CEP	83135-210
Telefone	(85) 3323.1000
E-mail	hospital@jaguaribe.ce.gov.br
Site	www.hospitaljaguaribe.ce.gov.br

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: Indivara Felix Bandeira
Sexo: M (A) F (I) Data de Nascimento: 30/04/38
Raça/Cor: Parda CNS
End. Residência: Viaza Cruzino
PSF: Fukui

DADOS DA CONSULTA

Data: 05/09/16 Hora da Chegada: 05:00 T: 90 x 60 - 8
Hora do Atendimento: 05:00 PA: 90 x 60 - 8

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Paciente relata de acidente automobilístico (acc), deu entrada neste hospital com hemorragia de nível de consciência e recuperação em 10 seg, obtendo 100% de melhora. TGA (moderada) de redução e utilização clínica do presente. Gargal 3/5; Ruptura da membrana D. Uterina, e Lacer. Abdo. Inferior
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA ACE grave

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

CONDUITA MÉDICA

Observação: 6h ☐ 12h ☐ 24h ☐
Transferência ☐ Internação ☐

DIETA

☐ ZERO ☐ LIVRE
☐ LÍQUIDA ☐ BRANDA
☐ PASTOSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1) Sedação: Midazolam 5mg + 40ml + Fentanyl 2mg + 40ml
2) Manutenção: Midazolam 2mg + 40ml + Fentanyl 2mg + 40ml
3) TOI + Ventilação com pressão FB 12cmHg
4) SAO 98% 60ml 100% O2 100% um

Dr. Fernando: Assinatura

MARCO
CREMEO 18784
CREMERN 3345

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

Ⓢ R A T I F I C A Ç Ã O

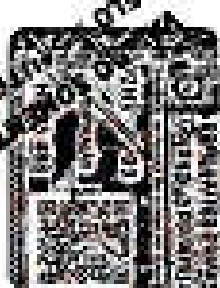
Nome: Eudimar Sales Bandeira

D.N: 30.01.1978

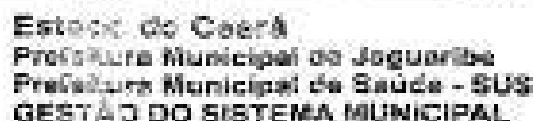
DOC: 54.514 295 - 7

Antônio Carlos Gomes de Sá
Comarca de Jaguaripe
Município de Jaguaripe

SELO
DE
AUTENTICIDADE
DO
DOCUMENTO
COM
O
SISTEMA
DE
SEGURANÇA
DO
GOV. DE
JAGUARIPE



Capitão de Polícia Rua Santa Bárbara, 101 13.210-000 Jaguaripe	A presente cópia fotostática confere com a original que me foi entregue Dou fe Jaguaripe-Ce 08 MAI 2017 Em testemunho <u>R</u> da verdade <u>Fatima Maria Barbosa</u> Tabella Valido Somente com o selo de autenticidade
--	---



15. a) O(a) deputado(a) Edson Roberto Felix Bernardes Sessão: N.º F.º
 b) O(a) eleito(a) em: 2010 Município de: Asa UF: PA
 c) O(a) eleito(a) em: 2010 M.º e P.º: 1
 d) O(a) eleito(a) em: 2010 UF: PA Órgão Emissor: Asa Data de Emissão: 10/10/2010
 e) O(a) eleito(a) em: 2010 Nome do Cartório: Asa
 f) O(a) eleito(a) em: 2010 Faltas: 0 Termos: 0 Data de Emissão: 10/10/2010
 g) O(a) eleito(a) em: 2010 Nome do Cartório: Asa

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

1000

1000

ODDY TOGRANAS

Exotar em azul serviços encontrados em vermelho os serviços a serem realizados

RELATÓRIO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

Clínica /
Semiologia

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

15/07/13

Idade: 300 x 70

Aboligo vital: dorme bem na casa de paiado, 39 anos, vítima de acidente motorístico envolvendo com TCE grave e fratura de fêmur. Sinais de 2 meses internado em Fontaluga e diada degenêraco muscular alta e contínua com acompanhamento ambulatorial. Aguarda internar para a cirurgia em março.

No momento, apresenta-se ocorrendo diminuição, em alimentação por SNE e uso de diálise. Limpo e com reação / flacidez. Estado nutricional e integridade com a exames laborais.

Relato evolução da atividade vital à D, apresentando febre leve e diurese ocular à E. Apresenta evolução da força e limitação dos movimentos com mmll. Queda de amplitude.

Apresenta dor no membro superior sem fralda em presença de micotização com fundo vermelho simétrico e brilhante.

AR: RR: 21, BAF normal, AR: muc com secreções abundantes sem barulho FR: 18 bpm.

CB: 1) Janela fisiológica

mediana, pressão de

2) dificuldade de acesso (muito)

3) Rinsos muito de

Penetração 100mg de/dia

4) pela SNE

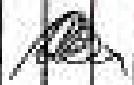
5) Aguarda preparação cirúrgica e internar em Fontaluga

6) Queda de no em cuidados e higiene

7) Presença Fibras

8) Presença de secreções 5mg

Autenticidade
Conformidade
Assinatura
Data
Assinatura
Data



SUS-898 0005 9324 8356



JAGUARIBE
cidade futura.

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome: Eudimar Felix Barreira Sexo: M ☐ F ☐
 Data de Nascimento: 30/01/78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
 N.º do PIS: _____
 UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
 Nome do Cartório: _____
 Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Responsável: _____

CLASSIFICAÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ ESCOLARIDADE ☐ DIFTERIA ☐ HANSENÍASE ☐ POLIOQUELITE
☐ FEBRE ☐ SARAMPO ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE
 TTOS

ACRÁVOS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO ☐ SIDA (AIDS) ☐ EPILEPSIA ☐ CARDIOPATIA
☐ MENTAL ☐ ALERGIA ☐ TABAGISMO ☐ HEMOFILIA
☐ LESÕES ☐ CHAGAS ☐ HIPERTENSÃO ☐ DEFICIÊNCIA FÍSICA
 Outros:

ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES MELLITO
☐ TUBERCULOSE ☐ HIPERTENSÃO ☐ HANSENÍASE
 Outros:

DIABETES MELLITO
 TUBERCULOSE
 HIPERTENSÃO
 HANSENÍASE
 09/11/14

DATA	TIPOR	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TTDT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1ª								
	2ª								
	3ª								
	Out.								

ODONTOGRAMAS

EXAME	DIREITO	51	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
CATÁ												
EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
CATÁ												
EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
CATÁ												

RELATÓRIO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

DATA	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/19		<p>Paciente Relata de Eritema sobre o EVS, tomar 2 cp / P dia, diazepam 5 mg, tomar 1 cp a noite</p>	
05/04/19		<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE e início ruído de alimentação por via VO. Paciente consciente, "verbaliza", movimentos em 4 membros e queixa-se de dor no local da escara. Foi à Farmácia onde orientaram retorno com roscobas para retirada de traqueostomia. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deu início diarreia da fenda com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória.</p> <p>ACV: RR, 2T, BNF, 12/12/19</p> <p>PA: 110/70, com ritmos cardíacos</p> <p>Paciente com amiotrofia e paralisia do olhar vertical à D.</p> <p>PA: 350 x 40</p> <p>Traqueostomia com secreção e sem flegm.</p> <p>Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
05/04/19	<p>Contato com o original</p> <p>Contato com o original</p>	<p>CD: ① Orienta limpeza / curativo da escara</p> <p>② Mudança de decúbito a cada 2 hrs</p> <p>③ Solicita TC de crânio</p> <p>④ Encaminhado ao "Mulher em casa"</p> <p>⑤ Aguarda diarreia da fenda e acompanhamento fisioterápico.</p>	



Jaguaribe
cidade futura.

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Eudimar Felix Brito Sexo: ☐ M ☐ F
Data de Nascimento: 22.01.78 Município de Res.: _____ UF: _____
Endereço: _____ Nº do PIS: _____
Cidade: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
Linha: _____ Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Nome da Mãe / Responsável: _____

1 - PARTIÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ COQUELUQUE ☐ DIFTERIA ☐ HANSENÍASE ☐ POLIOMIELITE
☐ RUBÉOLA ☐ SARAMPO ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE
OUTROS: _____

2. ATRAVÉS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO ☐ SIDA (AIDS) ☐ EPILEPSIA ☐ CARDIOPATIA
☐ D. MENTAL ☐ ALERGIA ☐ TABAGISMO ☐ HEMOFILIA
☐ DIABETES ☐ CHAGAS ☐ HIPERTENSÃO ☐ DEFICIÊNCIA FÍSICA
OUTROS: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES ☐ HANSENÍASE
☐ NEUROSIA ☐ HIPERTENSÃO ☐ TUBERCULOSE
OUTROS: _____

DATA	TIPOS	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1º								
	2º								
	3º								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO																ESQUERDO							
	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	21	22	23	24	25	26	27	28			
DATA																								
	48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	31	32	33	34	35	36	37	38			
				85	84	83	82	81																
2º EXAME	DIREITO																ESQUERDO							
DATA																								
	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	21	22	23	24	25	26	27	28			
	48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	31	32	33	34	35	36	37	38			
				85	84	83	82	81																
3º EXAME	DIREITO																ESQUERDO							
DATA																								
	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	21	22	23	24	25	26	27	28			
	48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	31	32	33	34	35	36	37	38			
				85	84	83	82	81																

Anotar em azul serviços encontrados, em vermelho os serviços a serem realizados

LAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
B-102/15	<p>Id: 500 x 70</p> <p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente, 39 anos, vítima de acidente motociclistico envolvendo com TCE grave e trauma de face. Ficou cerca de 2 meses internada em Fortaleza e desde dezembro mudou alta e continua em acompanhamento ambulatorial. Aguarda retorno para a cirurgia em um mês.</p> <p>No momento, encontra-se acamada, disnutrida, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem secreção / flegma.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Relata redução da acuidade visual à D, apresenta ptose leve e desvio ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos em MMII. Queixa-se de insônia.</p> <p>Apresenta lesão nas unhas com tecido em processo de cicatrização com fundo amarelado úmido e brilhoso.</p> <p>AEV: RR, 2T, BNF, síncopes AR: MV@, com rales diminuídas em bases, FR: 19 ipm.</p>	
<p>Autentico xer conforme o original arquivado desta Prefeitura de 02/12/17</p>	<p>CD: ① Indico fisioterapia motora, porém há dificuldade de acesso (cúbito)</p> <p>② Renova receita da Fenitoína 100mg 2x/dia pela SNE</p> <p>③ Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>④ Orientações sobre cuidados e higiene</p> <p>⑤ Prescrição Fibrin</p> <p>⑥ Prescrição de paracetamol 5mg -</p>	
	<p>CREMED 10.036</p>	

SUS=898 0005 9324 8356



Jaguaribe
cidade futura.

Estado de Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Usuário: Eudimar Felix Bahiano Sexo: M ☒ F ☐
 Data de Nascimento: 30.01.78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
 Idade: _____ N.º do PIS: _____
 Identidade: _____ UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
 Unidade Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
 Valor: _____ Folhas: _____ Tombo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Nome do Mãe / Responsável: _____

ERECÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

2. ANTECEDENTES PESSOAIS

() COQUELUCHÊ () DIFTERIA () HANSEIASE () POLIOMIELITE
 () RUBÉOLA () SARAMPO () TUBERCULOSE () HEPATITE

OUTROS: _____

3. AGRAVOS DE RISCO

() ALCOOLISMO () SIDA (AIDS) () EPILEPSIA () CARDIOPATIA
 () D. MENTAL () ALERGIA () TABAGISMO () HEMOFILIA
 () DIABETES () CHAGAS () HIPERTENSÃO () DEFICIÊNCIA FÍSICA

OUTROS: _____

5. ANTECEDENTES FAMILIARES

() CÂNCER () CARDIOPATIA () DIABETES
 () HEMOFILIA () HIPERTENSÃO () TUBERCULOSE

OUTROS: _____

*Original e cópia
 Com o nome o original
 arquivos desta Prefeitura
 02/05/2012*

DATA	TIPOS	A. POLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	S. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1º								
	2º								
	3º								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
2º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
3º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						

AValiação Clínica e Diagnóstica

Data	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17		<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE e início recente de alimentação por VO. Paciente consciente, "entoliza", movimentos em 4 membros e queixa-se de dores de dor no local da ferida. Foi à Antologia onde orientamos sobre o uso do traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deixar iniciar desmame da sonda com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória.</p> <p>ACV: RR, 21, BNF, 13/13</p> <p>PA: 110/70, com rubor espontâneo</p> <p>Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D.</p> <p>PA: 110/70</p> <p>Traqueostomia com mucosa e sem flegma. Escara nasal com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
		<p>CD: ① Oriento limpeza / curativo da ferida</p> <p>② Mudança de decúbito a cada 2 hrs</p> <p>③ Solicito TC de crânio</p> <p>④ Encaminhado ao "Melhor em casa"</p> <p>⑤ Aguardo desmame da sonda e acompanhamento fisioterápico.</p>	

Autêntico xerox
Conforme o original
arquivado nesta Prefeitura
03/04/17

Dr. [Assinatura]

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 20/04/2017 04:02:37

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CAD: 040001-11-0000	NOME: ELMAR FÉLIX BARROSA			Pagina: 000001	
CPF:	RES:	D. NASC: 20/07/1978	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Pardo
NOME DA MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BARROSA			NOME DO PAI: LUIZ FÉLIX BARROSA		
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: VIA DO JAZZING		Nº: 34	BARRIO: ZONA RURAL
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 330449	MUNICÍPIO: JACARECÉ	UF: CE	CEP: 61200000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: LUIZ FÉLIX BARROSA		PARENTESCO: PAI		TELEFONE:	
TIPO DE VÍNCULO: ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CBO:		
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com machucado, Acidente de transporte sem colisão, Trauma cranioencefálico, quebra de prótese de uma articulação					
QUEIXAS: VITIMA DE QUITA DE MOTO, COM TOS GRAVE, ENTUPEZ.					
OBSERVAÇÕES: TRAUMA CRANIOENCEFALICO, RESPIRAÇÃO INADEQUADA					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: ÁREA PAVIL					
Exame de Orf: Sem dor		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO:					

Assessor:

Exame físico:

Conclusão:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCUABRIMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

Ac du mto



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIIBE

CNPJ: 07.443.704/0001-60

BR 116 Km 300 - Cruzeiro - Jaguaribá

Rev. Ezequiel Barrera, 48
789.1523.1383 - Jussara

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Name: Indira Felix Mendez

Sexo: M (☐) F (☐)

Data de Nascimento: 20/04/39

Race/Ethnicity _____ Page(s) _____

CNLS

End. Residencia: Villa Mercedes

PSF: Excluded

DADOS DA CONSULTA

Date: 05/09/16

Hera da Chegada: 05:00

Hora do Atendimento:

PA 90-160-5

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

SINAIS E SINTOMAS
Paciente vítima de acidente automobilístico (car), deu entrada
nesta unidade com ferimentos de nível de gravidade e
lesão em face, olhos e tórax. Realizado TC (tomografia) de cabeça e
de abdômen e utilização de fluidos de suporte.

HIPOTESI DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

CONDOTTA MEDICA

Observação: 6h ☐ 12h ☐ 24h ☐

Transferencia

Internação

DATA

☐ ZERO

☐ LIVRE

☐ LiquidA

BRANDA

☐ PASTOSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

① Sedation: Morphine 5ml + 40% IV + Fentanyl 2ml + 40% IV

② Hauptbestand: Hydrogelen 2FA + 5FA 9% und 10 200 Jahre

3) $\text{Fe}^{2+} + \text{Vanthoos} \rightarrow \text{Vanadyl} + \text{Fe}^{3+}$

(c) SAC, 9% (5000) (10000) (10000)

By Forster, Robert : 1012769

Model
CREMC 1678
SERIAL 3345

ASSUNTO: RA DO MEDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

Ⓢ R A T I F I C A C A O !

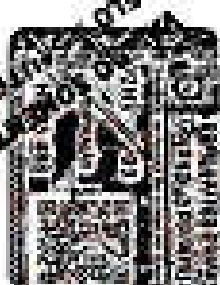
Nome: Eudimar Sales Bandeira

D.N: 30.01.1978

DOC: 54.514 295 - 7

Antônio Carlos Gomes Bandeira
Comarca de Jaguaripe
Município de Jaguaripe

SELO
DE
AUTENTICIDADE
DO
DOCUMENTO
COM
O
SISTEMA
DE
SEGURANÇA
DO
GOV. DE
JAGUARIPE



Capitão de Polícia Rua Santa Bárbara, 101 13.210-000 Jaguaripe	A presente cópia fotostática confere com a original que me foi entregue Dou fe Jaguaripe-Ce 08 MAI 2017 Em testemunho <u>R</u> da verdade <i>Fatima Maria Barbosa</i> Fatima Maria Barbosa Tabella Valido Somente com o selo de autenticidade
--	---

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Frederico Felix Bezerra Sexo: ☐ M ☐ F
Data de Nascimento: 01/01/2000 Município de Residência: _____ UF: _____
Endereço: _____ Nº da RUA: _____
Cidade: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Data de Voto / Responsável: _____

CLASSIFICAÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

1. ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ DOENÇA () DIFTERIA () HANSENÍASE () POLIOMIELITE
☐ SUGELA () SARAMPO () TUBERCULOSE () HEPATITE

OUTROS: _____

2. RISCOS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO () SIDA (AIDS) () EPILEPSIA () CARDIOPATIA
☐ DENTAL () ALERGIA () TABAGISMO () HEMOFILIA
☐ DIABETES () CHAGAS () HIPERTENSÃO () DEFICIÊNCIA FÍSICA

OUTROS: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CANCER () CARDIOPATIA () DIABETES () HANSENÍASE
☐ HEMOFILIA () HIPERTENSÃO () TUBERCULOSE

OUTROS: _____

DATA	TIPOS	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1ª								
	2ª								
	3ª								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

1ª EXAME	DATA	ODONTOGRAMAS
		<div> <div> <div>16</div><div>17</div><div>18</div><div>19</div><div>20</div><div>21</div><div>22</div><div>23</div><div>24</div><div>25</div><div>26</div><div>27</div><div>28</div><div>29</div><div>30</div><div>31</div><div>32</div><div>33</div><div>34</div><div>35</div><div>36</div><div>37</div><div>38</div><div>39</div><div>40</div><div>41</div><div>42</div><div>43</div><div>44</div><div>45</div><div>46</div><div>47</div><div>48</div><div>49</div><div>50</div><div>51</div><div>52</div><div>53</div><div>54</div><div>55</div><div>56</div><div>57</div><div>58</div><div>59</div><div>60</div><div>61</div><div>62</div><div>63</div><div>64</div><div>65</div><div>66</div><div>67</div><div>68</div><div>69</div><div>70</div><div>71</div><div>72</div><div>73</div><div>74</div><div>75</div><div>76</div><div>77</div><div>78</div><div>79</div><div>80</div><div>81</div><div>82</div><div>83</div><div>84</div><div>85</div><div>86</div><div>87</div><div>88</div><div>89</div><div>90</div><div>91</div><div>92</div><div>93</div><div>94</div><div>95</div><div>96</div><div>97</div><div>98</div><div>99</div><div>100</div> </div> </div>
2ª EXAME	DATA	<div> <div> <div>16</div><div>17</div><div>18</div><div>19</div><div>20</div><div>21</div><div>22</div><div>23</div><div>24</div><div>25</div><div>26</div><div>27</div><div>28</div><div>29</div><div>30</div><div>31</div><div>32</div><div>33</div><div>34</div><div>35</div><div>36</div><div>37</div><div>38</div><div>39</div><div>40</div><div>41</div><div>42</div><div>43</div><div>44</div><div>45</div><div>46</div><div>47</div><div>48</div><div>49</div><div>50</div><div>51</div><div>52</div><div>53</div><div>54</div><div>55</div><div>56</div><div>57</div><div>58</div><div>59</div><div>60</div><div>61</div><div>62</div><div>63</div><div>64</div><div>65</div><div>66</div><div>67</div><div>68</div><div>69</div><div>70</div><div>71</div><div>72</div><div>73</div><div>74</div><div>75</div><div>76</div><div>77</div><div>78</div><div>79</div><div>80</div><div>81</div><div>82</div><div>83</div><div>84</div><div>85</div><div>86</div><div>87</div><div>88</div><div>89</div><div>90</div><div>91</div><div>92</div><div>93</div><div>94</div><div>95</div><div>96</div><div>97</div><div>98</div><div>99</div><div>100</div> </div> </div>
3ª EXAME	DATA	<div> <div> <div>16</div><div>17</div><div>18</div><div>19</div><div>20</div><div>21</div><div>22</div><div>23</div><div>24</div><div>25</div><div>26</div><div>27</div><div>28</div><div>29</div><div>30</div><div>31</div><div>32</div><div>33</div><div>34</div><div>35</div><div>36</div><div>37</div><div>38</div><div>39</div><div>40</div><div>41</div><div>42</div><div>43</div><div>44</div><div>45</div><div>46</div><div>47</div><div>48</div><div>49</div><div>50</div><div>51</div><div>52</div><div>53</div><div>54</div><div>55</div><div>56</div><div>57</div><div>58</div><div>59</div><div>60</div><div>61</div><div>62</div><div>63</div><div>64</div><div>65</div><div>66</div><div>67</div><div>68</div><div>69</div><div>70</div><div>71</div><div>72</div><div>73</div><div>74</div><div>75</div><div>76</div><div>77</div><div>78</div><div>79</div><div>80</div><div>81</div><div>82</div><div>83</div><div>84</div><div>85</div><div>86</div><div>87</div><div>88</div><div>89</div><div>90</div><div>91</div><div>92</div><div>93</div><div>94</div><div>95</div><div>96</div><div>97</div><div>98</div><div>99</div><div>100</div> </div> </div>

ABSTRACT

СЕМЬИ

TESTÔNIA? EXAME FISIOTERAPÊUTICO / EVOLUÇÃO

ACTIVITY

15-20715
C.R.
OL x 1004

Realiza visita domiciliar na casa de paciente, 39 anos, vítima de acidente motorciclístico envolvendo com TCE grave e fratura de fêmur. História sobre de 2 meses internado em Fortaleza e diálise degenhara melhora alta e continua com acompanhamento ambulatorial. Aguarda retorno para o cirurgia em março.

Não houve aumento, verificando-se ocorrência diminuída, em observações para SNE e uso de droga quelatante. Limpa e com recuperação / plágios. Esta observação e interação com o examinador.

Depois redução da velocidade virtual à D, apresentando força leve e duração oculta à E. Apresentação redução da força e limitação dos movimentos com 11. Quilómetros de distância

Presenta uma média com idade com presença de micotipos com grande variedade simio a brasileira

AEU: RD, 27, RAF 25/26/27/28
 AR: MU⑤ corn unwean childrens
 wren houses FR: 28 wren.

Cd: ① Jindio piristempia
mediana, pascua. No

② dificuldade de acesso (infrio)
Remova unidade da
Pentritina 100mg a/dia
toda SNE

3) Aguardando Propriedade - singularidade + tratamento em Português

4) 40 milhões de reais em sanidades e higiene

5. Phaeocephalus ruber

⑤ Phenomenon of H_2O 5 mg.

Autentico
Conforme
original
Q5 - 13

~~CREME 578 000~~

SUS-898 0005 9324 8356



JAGUARIBE
cidade futura.

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome: Eudimar Felix Barreira Sexo: M ☐ F ☐
 Data de Nascimento: 30/01/78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
 N.º do PIS: _____
 UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
 Nome do Cartório: _____
 Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Responsável: _____

CLASSIFICAÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ ESCOLARIDADE ☐ DIFTERIA ☐ HANSENÍASE ☐ POLIOQUELITE
☐ FEBRE ☐ SARAMPO ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE
 TÍTULOS

ACRÁVOS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO ☐ SIDA (AIDS) ☐ EPILEPSIA ☐ CARDIOPATIA
☐ MENTAL ☐ ALERGIA ☐ TABAGISMO ☐ HEMOFILIA
☐ LESÕES ☐ CHAGAS ☐ HIPERTENSÃO ☐ DEFICIÊNCIA FÍSICA
 OUTROS

ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES MELITICO
☐ TUBERCULOSE ☐ HIPERTENSÃO ☐ HANSENÍASE
 OUTROS



DIABETES MELITICO
 TUBERCULOSE
 HIPERTENSÃO
 HANSENÍASE
 09/11/14

DATA	TIPO	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TTDT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1ª								
	2ª								
	3ª								
	Out.								

ODONTOGRAMAS

EXAME	DIREITO	51	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	15 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	45 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	85 84 83 82 81 71 72 73 74 75									
EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	15 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	45 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	85 84 83 82 81 71 72 73 74 75									
EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	15 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	45 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	85 84 83 82 81 71 72 73 74 75									

RELATÓRIO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

DATA	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/19		Paciente Relata de Eritema sobre o EVS, tomar 2 cp / P dia, diazepam 5 mg, tomar 1 cp a noite	
			
05/04/19		<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE e início ruído de alimentação por via VO. Paciente consciente, "verbaliza", movimentos em 4 membros e queixa-se de dor no local da escara.</p> <p>Foi à família onde orientamos sobre os cuidados para retirada de traqueostomia. Não foi mais indicada cirurgia de face.</p> <p>Paciente iniciou diarreia da fenda com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória.</p> <p>ACV: RR, 2T, BNF, 12/120mmHg</p> <p>PA: 110/70, com ritmos cardíacos</p> <p>Paciente com amiotrofia e paralisia do olhar vertical à D.</p> <p>PA: 350 x 40</p> <p>Traqueostomia com secreção e sem flegm.</p> <p>Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
<p>Contato com o original</p> <p>Contato com o original</p> <p>Contato com o original</p>		<p>CD: ① Orienta limpeza / curativo da escara</p> <p>② Mudança de decúbito a cada 2 hrs</p> <p>③ Solicita TC de crânio</p> <p>④ Encaminha ao "Mulher em casa"</p> <p>⑤ Acompanha diarreia da fenda e acompanhamento fisioterápico.</p>	



Jaguaribe
cidade futura.

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Eudimar Felix Brito Sexo: ☐ M ☐ F
Data de Nascimento: 22.07.78 Município de Res.: _____ UF: _____
Endereço: _____ Nº do PIS: _____
Município de Res.: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
Linha: _____ Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Nome da Mãe / Responsável: _____

1 - PARTIÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ COQUELUCHE ☐ DIFTERIA ☐ HANSENÍASE ☐ POLIOMIELITE
☐ RUBÉOLA ☐ SARAMPO ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE
OUTROS: _____

2. ATRAVÉS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO ☐ SIDA (AIDS) ☐ EPILEPSIA ☐ CARDIOPATIA
☐ D. MENTAL ☐ ALERGIA ☐ TABAGISMO ☐ HEMOFILIA
☐ DIABETES ☐ CHAGAS ☐ HIPERTENSÃO ☐ DEFICIÊNCIA FÍSICA
OUTROS: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES ☐ HANSENÍASE
☐ NEUROSIA ☐ HIPERTENSÃO ☐ TUBERCULOSE
OUTROS: _____

DATA	TIPOS	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1º								
	2º								
	3º								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	35	34	33	32	31	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
2º EXAME	DIREITO	35	34	33	32	31	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
3º EXAME	DIREITO	35	34	33	32	31	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												

Anotar em azul serviços encontrados, em vermelho os serviços a serem realizados

LAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
B-102/15	<p>Id: 500 x 70</p> <p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente, 39 anos, vítima de acidente motociclistico envolvendo com TCE grave e trauma de face. Ficou cerca de 2 meses internada em Fortaleza e desde dezembro mudou alta e continua com acompanhamento ambulatorial. Aguarda retorno para a cirurgia em um mês.</p> <p>No momento, encontra-se acamada, disnutrida, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem secreção / flogese.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Relata redução da acuidade visual à D, apresenta ptose leve e desvio ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos em MMII. Queixa-se de insônia.</p> <p>Apresenta lesão nas unhas com tecido em processo de cicatrização com fundo amarelado úmido e brilhoso.</p> <p>AEV: RR, 2T, BNF, síncopes AR: MV@, com rales diminuídas em bases, FR: 19 ipm.</p>	
<p>Autentico xer conforme o original arquivado desta Prefeitura - 25 / 05 / 17</p>	<p>CD: ① Indico fisioterapia motora, porém há dificuldade de acesso (cúbito)</p> <p>② Renova receita da Fenitoína 100mg 2x/dia pela SNE</p> <p>③ Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>④ Orientações sobre cuidados e higiene</p> <p>⑤ Prescrição Fibrin</p> <p>⑥ Prescrição de paracetamol 5mg -</p>	
	<p>CREMED 10.036</p>	

SUS=898 0005 9324 8356



Jaguaribe
cidade futura.

Estado de Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Usuário: Eudimar Felix Bahiano Sexo: M ☒ F ☐
 Data de Nascimento: 30.01.78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
 Idade: _____ N.º do PIS: _____
 Identidade: _____ UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
 Unidade Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
 Valor: _____ Folhas: _____ Tombo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Nome do Mãe / Responsável: _____

ERECÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

2. ANTECEDENTES PESSOAIS

() COQUELUCHÊ () DIFTERIA () HANSEIASE () POLIOMIELITE
 () RUBÉOLA () SARAMPO () TUBERCULOSE () HEPATITE

OUTROS: _____

3. AGRAVOS DE RISCO

() ALCOOLISMO () SIDA (AIDS) () EPILEPSIA () CARDIOPATIA
 () D. MENTAL () ALERGIA () TABAGISMO () HEMOFILIA
 () DIABETES () CHAGAS () HIPERTENSÃO () DEFICIÊNCIA FÍSICA

OUTROS: _____

5. ANTECEDENTES FAMILIARES

() CÂNCER () CARDIOPATIA () DIABETES
 () HEMOFILIA () HIPERTENSÃO () TUBERCULOSE

OUTROS: _____

*Original
Cópia autenticada
em nome da Prefeitura
de 02/05/2018*

DATA	TIPOS	A. POLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	S. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1º								
	2º								
	3º								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
2º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
3º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						

AValiação Clínica e Diagnóstica

Data	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17		<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizada, se alimentando por SNE e início recente de alimentação por VO. Paciente consciente, "entoliza", movimentos em 4 membros e queixa-se de dores de dor no local da ferida. Foi à Antologia onde orientamos sobre o uso do traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deixar iniciar desmame da sonda com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória.</p> <p>ACV: RR, 21, BNF, 13/13</p> <p>PA: 110/70, com rubor espontâneo</p> <p>Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D.</p> <p>PA: 110/70</p> <p>Traqueostomia com mucosa e sem flegma. Escara nasal com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
		<p>CD: ① Oriento limpeza / cuidado da ferida</p> <p>② Mudança de decúbito a cada 2 hrs</p> <p>③ Solicito TC de crânio</p> <p>④ Encaminhado ao "Melhor em casa"</p> <p>⑤ Aguardo desmame da sonda e acompanhamento fisioterápico.</p>	

Autêntico xerox
Conforme o original
arquivado nesta Prefeitura
03/04/17

Dr. [Assinatura]

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 20/04/2017 04:02:37

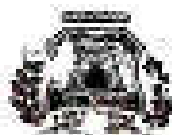
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CAD: 040001-11-0000	NOME: ELMAR FELIX BARROSA			Pagador: SUS/MS	
CPF:	RG:	D. NASC: 28/07/1978	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Preta
NOME DA MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BARROSA			NOME DO PAI: LUIZ FELIX BARROSA		
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: VIA DO JAZZING		Nº: 34	BARRIO: ZONA RURAL
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 3304295	MUNICÍPIO: JACARECÉ	UF: CE	CEP: 61200000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: LUIZ FELIX BARROSA		PARENTESCO: PAI		TELEFONE:	
TIPO DE VÍNCULO: ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CBO:		
ACIDENTE E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com machucado, Acidente de transporte sem colisão, Inalação capotamento, queda de produção de uma instalação					
QUEIXAS: VITIMA DE QUITA DE MOTO, COM TOS GRAVE, ENTUPEZ.					
OBSERVAÇÕES: TRAUMA CRANIOENCEFALICO, RESPIRAÇÃO INADEQUADA					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: ÁREA PLÁSTICA					
Exame de Orf: Sem dor		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHA			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					

Assinatura:

Nome: Rômulo

Código:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCUABRIMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978

PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

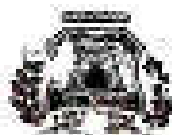
MOTIVO: PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 25/09/2016, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE, TRAUMA DE FACE; EDEMA CEREBRAL, INTUBADO SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA, ADMITIDO EM UTL EM 11/10/2016, FOI TRAQUEOSTOMIZADO (DR. IRAPUAN ROCHA). EVOLUIU COM FORMAÇÃO DE ÚLCERA SACRAL INFECTADA; TENDO SIDO SUBMETIDO A DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO EM 14/11/2016 (DR. RICARDO SÁ). ESTENOSE DE TRAQUEIA DE 40 % ; BEM COMO, PARALISIA DE CORDAS VOCAIS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA, EM 16/12/2016, DEVENDO RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL E OTORRINO (NO HOSPITAL WALTER CANTÍDIO).

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 12/04/2017 (JOAQUIM/V).

Joachim, J. V.
Médico
CRM 100.000

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO RAE/NUAME-IJF

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978

PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

MOTIVO: PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 25/09/2016, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE, TRAUMA DE FACE; EDEMA CEREBRAL, INTUBADO SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA, ADMITIDO EM UTL EM 11/10/2016, FOI TRAQUEOSTOMIZADO (DR. IRAPUAN ROCHA). EVOLUIU COM FORMAÇÃO DE ÚLCERA SACRAL INFECTADA; TENDO SIDO SUBMETIDO A DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO EM 14/11/2016 (DR. RICARDO SÁ). ESTENOSE DE TRAQUEIA DE 40 % ; BEM COMO, PARALISIA DE CORDAS VOCAIS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA, EM 16/12/2016, DEVENDO RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL E OTORRINO (NO HOSPITAL WALTER CANTÍDIO).

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 12/04/2017 (JOAQUIM/V).

Joachim, J. V.
Médico
CRM 100.000

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO RAE/NUAME-IJF

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Ac do moto

VALIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-66

BR 116 Km 300 - Cruzeiro - Jaguaribe

Endereço do 2º Ofício	Rua Estácio Barreto, 100
Cidade	Jaguaribe - CE
CEP	83135-210
Telefone	(85) 3323.1000
E-mail	hosp@jaguaribe.ce.gov.br
Site	www.hosp.jaguaribe.ce.gov.br

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: Indivara Elix Bandeira
Sexo: M (A) F (I) Data de Nascimento: 30/04/38
Raça/Cor: Parda CNS
End. Residência: Viaza Cruzino
PSF: Fukui

DADOS DA CONSULTA

Data: 05/09/16 Hora da Chegada: 05:00 T: 90 x 60 - 8
Hora do Atendimento: 05:00 PA: 90 x 60 - 8

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Paciente relata de acidente automobilístico (acc) da estrada
veste umbral com ferimento de nível de consciência e
recuperação em 100% após 1 hora. Nalado 100% melhora
de estado e utilização clínica do presente
Gargal 3/5; Respiração adequada. D. 100%, e 1 hora
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA
ACE grave Abd. Tiroide

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

CONDUITA MÉDICA

Observação: 6h ☐ 12h ☐ 24h ☐
Transferência ☐ Internação ☐

DIETA

☐ ZERO ☐ LIVRE
☐ LÍQUIDA ☐ BRANDA
☐ PASTOSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1 Sedação: Midazolam 5ml + 40 IV + Fentanyl 2ml + 40 IV
2 Manutenção: Midazolam 2FA + SFO 9% 100ml 100g/min
3 FOT + Ventilação com pressão FB 10g/min
4 SFO 9% 100ml 100g/min

Dr. Fernando: Assinatura

MARCO
CREMEO 18785
CREMERN 3345

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

Ⓢ R A T I F I C A Ç Ã O

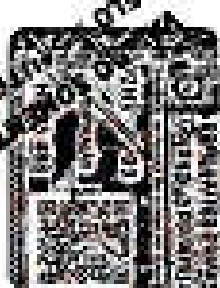
Nome: Eudimar Sales Bandeira

D.N: 30.01.1978

DOC: 54.514 295 - 7

Antônio Carlos Gomes de Oliveira
Comarca de Jaguaripe
Município de Jaguaripe

SELO
DE
AUTENTICIDADE
DO
DOCUMENTO
COM
O
SISTEMA
DE
SEGURANÇA
DO
GOV. DE
B. DE
C.



Capitão de Polícia Rua Santa Bárbara, 101 13.210-000 Jaguaripe	A presente cópia fotostática confere com a original que me foi entregue Dou fe Jaguaribe-Ce 08 MAI 2017 Em testemunho <u>R</u> da verdade <u>Fatima Maria Barbosa</u> Tabella Valido Somente com o selo de autenticidade
--	---

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Frederico Felix Bezerra Sexo: ☐ M ☐ F
Data de Nascimento: 01/01/2000 Município de Residência: _____ UF: _____
Endereço: _____ Nº da RUA: _____
Cidade: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____

Nome do Mãe / Responsável: _____

1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ DOENÇA () DIFTERIA () HANSENÍASE () POLIOMIELITE
☐ SUGELA () SARAMPO () TUBERCULOSE () HEPATITE

OUTROS: _____

DOENÇAS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO () SIDA (AIDS) () EPILEPSIA () CARDIOPATIA
☐ DIABETES () ALERGIA () TABAGISMO () HEMOFILIA
☐ CHAGAS () HIPERTENSÃO () DEFICIÊNCIA FÍSICA

OUTROS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CANCER () CARDIOPATIA () DIABETES () HANSENÍASE
☐ HEMOFILIA () HIPERTENSÃO () TUBERCULOSE

OUTROS: _____

DATA	TIPOS	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1ª								
	2ª								
	3ª								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

EXAME	DATA	ODONTOGRAMAS
1ª EXAME		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>DIRITO</p> </div> <div> <p>ESQUERDO</p> </div> </div>
2ª EXAME		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>DIRITO</p> </div> <div> <p>ESQUERDO</p> </div> </div>
3ª EXAME		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>DIRITO</p> </div> <div> <p>ESQUERDO</p> </div> </div>

Assinar em azul serviços encontrados, em vermelho os serviços a serem realizados

RELATÓRIO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

Clínica /
Semiologia

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

15/07/13

Idade: 300 x 70

Aboligo vital: dorme bem na casa de paiado, 39 anos, vítima de acidente motorciclístico envolvendo com TCE grave e fratura de fêmur. Sinais curas de 2 meses internado em Fontaluga e diada degenhano uvelas alta e continua em acompanhamento ambulatorial. Aguarda internar para a cirurgia em urgo.

No momento, encontra-se ocorrendo diminuição, em alimentação por SNE e uso de diuresestora. Limpo e com reação / flugos. Exatã nervosidade e interage com a examinadora.

Relat. condução da audição verbal à D, apresentando pífia leve e durante oculto à E. Apresenta condução da força e limitação dos movimentos com mmll. Quilares de amônia.

Apresenta surdo mais indolgo sem frida em passivo de micotização com fundo normalis simiao e bilhoro.

AR: RR: 21, RAR: 21/mcpas
AR: mtd com uareos alveolos
sem barus FR: 18 lpm.

CB: 1) Jrdio fisioterapia

mediana, pração R6

2) dificuldade de acesso (extra)

3) Remova uvela de

Penetração 100mg q/dia

4) pela SNE

5) Aguarda preparação cirúrgica

6) e uvelano em Fontaluga

7) Qnização no su euidades

8) e hupuni

9) Prescuso Fabuaz

10) Prescuso Fabuaz 5mg

Autenticidade
Conformidade
agilidade
de decisão
de prioridade
de preferência



SUS-898 0005 9324 8356



JAGUARIBE
cidade futura.

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome: Eudimar Felix Barreira Sexo: M ☐ F ☐
 Data de Nascimento: 30/01/78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
 N.º do PIS: _____
 UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
 Nome do Cartório: _____
 Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Responsável: _____

CLASSIFICAÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ ESCOLARIDADE ☐ DIFTERIA ☐ HANSENÍASE ☐ POLIOQUELITE
☐ FEBRE TIFÓIDE ☐ SARAMPO ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE
 TTOS: _____

ACRÁVOS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO ☐ SIDA (AIDS) ☐ EPILEPSIA ☐ CARDIOPATIA
☐ MENTAL ☐ ALERGIA ☐ TABAGISMO ☐ HEMOFILIA
☐ LESÕES ☐ CHAGAS ☐ HIPERTENSÃO ☐ DEFICIÊNCIA FÍSICA
 Outros: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES MELLITO
☐ TUBERCULOSE ☐ HIPERTENSÃO ☐ HANSENÍASE
 Outros: _____



DIABETES MELLITO
 TUBERCULOSE
 CÂNCER
 09/11/14

DATA	TIPO	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TTOT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1ª								
	2ª								
	3ª								
	Out.								

ODONTOGRAMAS

EXAME	DIREITO	51	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75								
EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75								
EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75								

RELATÓRIO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

DATA	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/19		<p>Paciente Relata de Eritema sobre o EVS, Tomar 2 cp / P. dia, diazepam 5 mg, tomar 1 cp a noite</p>	
			
05/04/19		<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE e início ruído de alimentação por via VO. Paciente consciente, "verbaliza", movimentos em 4 membros e queixa-se de dor no local da escara.</p> <p>Foi à família onde orientamos sobre os cuidados para retirada de traqueostomia. Não foi mais indicada cirurgia de face.</p> <p>Paciente iniciou diarreia da fenda com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória.</p> <p>ACV: RR, 2T, DNF, 12/12000</p> <p>PA: 110/70, com ritmos cardíacos</p> <p>Paciente com amiotrofia e paralisia do olhar vertical à D.</p> <p>PA: 350 x 40</p> <p>Traqueostomia com secreção e sem flegm.</p> <p>Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
<p>Contato com o original</p> <p>Contato com o original</p> <p>Contato com o original</p>		<p>CD: ① Oriento limpeza / curativo da escara</p> <p>② Mudança de decúbito a cada 2 hrs</p> <p>③ Solicito TC de crânio</p> <p>④ Encaminhado ao "Médico em casa"</p> <p>⑤ Aguarda diarreia da fenda e acompanhamento fisioterápico.</p>	



Jaguaribe
cidade futura.

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Eudimar Felix Brito Sexo: ☐ M ☐ F
Data de Nascimento: 22.01.78 Município de Res.: _____ UF: _____
Endereço: _____ Nº do PIS: _____
Localidade: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
Linha: _____ Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Nome da Mãe / Responsável: _____

1 - PARTIÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ COQUELUCHE ☐ DIFTERIA ☐ HANSENÍASE ☐ POLIOMIELITE
☐ RUBÉOLA ☐ SARAMPO ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE
OUTROS: _____

2. ATRAVÉS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO ☐ SIDA (AIDS) ☐ EPIDERMITE ☐ CARDIOPATIA
☐ D. MENTAL ☐ ALERGIA ☐ TABAGISMO ☐ HEMOFILIA
☐ DIABETES ☐ CHAGAS ☐ HIPERTENSÃO ☐ DEFICIÊNCIA FÍSICA
OUTROS: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES ☐ HANSENÍASE
☐ NEUROSIA ☐ HIPERTENSÃO ☐ TUBERCULOSE
OUTROS: _____

DATA	TIPOS	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1º								
	2º								
	3º								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	35	34	33	32	31	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38								
2º EXAME	DIREITO	35	34	33	32	31	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38								
3º EXAME	DIREITO	35	34	33	32	31	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38								

Anotar em azul serviços encontrados, em vermelho os serviços a serem realizados

LAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
B-102/15	<p>Id: 500 x 70</p> <p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente, 39 anos, vítima de acidente motociclistico envolvendo com TCE grave e trauma de face. Ficou cerca de 2 meses internada em Fortaleza e desde dezembro mudou alta e continua em acompanhamento ambulatorial. Aguarda retorno para a cirurgia em um mês.</p> <p>No momento, encontra-se acamada, disnutrida, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem secreção / flegmas.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Relata redução da acuidade visual à D, apresenta ptose leve e desvio ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos em MMII. Queixa-se de insônia.</p> <p>Apresenta lesão nas unhas com tecido em processo de cicatrização com fundo amarelado úmido e brilhoso.</p> <p>AEV: RR, 21, BNF, síncopes AR: MV@, com rales diminuídas em bases, FR: 19 ipm.</p>	
<p>Autentico xer conforme o original arquivado desta Prefeitura - 25 / 05 / 17</p>	<p>CD: ① Indico fisioterapia motora, porém há dificuldade de acesso (cúbito)</p> <p>② Renova receita da Fenitoína 100mg 2x/dia pela SNE</p> <p>③ Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>④ Orientações sobre cuidados e higiene</p> <p>⑤ Prescrição Fibrin</p> <p>⑥ Prescrição de paracetamol 5mg -</p>	
	<p>CREMED 10.036</p>	

SUS=898 0005 9324 8356



Jaguaribe
cidade futura.

Estado de Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Usuário: Eudimar Felix Bahiano Sexo: M ☒ F ☐
 Data de Nascimento: 30.01.78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
 Idade: _____ N.º do PIS: _____
 Identidade: _____ UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
 Unidade Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
 Valor: _____ Folhas: _____ Tombo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Nome do Mãe / Responsável: _____

ERECÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

2. ANTECEDENTES PESSOAIS

() COQUELUCHÊ () DIFTERIA () HANSEIASE () POLIOMIELITE
 () RUBÉOLA () SARAMPO () TUBERCULOSE () HEPATITE

OUTROS: _____

3. AGRAVOS DE RISCO

() ALCOOLISMO () SIDA (AIDS) () EPILEPSIA () CARDIOPATIA
 () D. MENTAL () ALERGIA () TABAGISMO () HEMOFILIA
 () DIABETES () CHAGAS () HIPERTENSÃO () DEFICIÊNCIA FÍSICA

OUTROS: _____

5. ANTECEDENTES FAMILIARES

() CÂNCER () CARDIOPATIA () DIABETES
 () HEMOFILIA () HIPERTENSÃO () TUBERCULOSE

OUTROS: _____

*Original e cópia
 Com o nome o original
 arquivos desta Prefeitura
 02/05/2012*

DATA	TIPOS	A. POLIO	TRIPlice	A. SARAMPO	S. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1º								
	2º								
	3º								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
2º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
3º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						

AValiação Clínica e Diagnóstica

Data	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17		<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE e início recente de alimentação por VO. Paciente consciente, "entoliza", movimentos em 4 membros e queixa-se de dores de dor no local da ferida. Foi à Antologia onde orientamos retorno em setembro para retirada de traqueostomia. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deixar iniciar desmame da sonda com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória.</p> <p>ACV: RR, 21, BNF, 13/13</p> <p>PA: 110/70, com rubor espontâneo</p> <p>Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D.</p> <p>PA: 330 x 70</p> <p>Traqueostomia com mucosa e sem flegm.</p> <p>Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
<p>Autêntico xerox Conforme o original arquivado nesta pasta da 1.ª. 03/13</p>		<p>CD: ① Oriento limpeza / curativo da ferida</p> <p>② Mudança de decúbito a cada 2 hrs</p> <p>③ Solicito TC de crânio</p> <p>④ Encaminhado ao "Melhor em casa"</p> <p>⑤ Aguardo desmame da sonda e acompanhamento fisioterápico.</p>	

Dr. [Assinatura]

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 20/04/2017 04:02:37

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CAD. 1545031-11-5019	NOME: FERNAN FÉLIX BARROSA			Pagador: SUS/MS	
CPF:	RG:	D. NASC: 28/07/1978	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	NACACOR: Para
NOME DA MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BARROSA			NOME DO PAI: LUIZ FÉLIX BARROSA		
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: VIA DO JAZZING		Nº: 34	BARRIO: ZONA RURAL
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 3310429	MUNICÍPIO: JACARECÉ	UF: CE	CEP: 6120000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: LUIZ FÉLIX BARROSA		PARENTESCO: PAI		TELEFONE:	
TIPO DE VÍNCULO: ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CBO:		
ACIDENTE E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com machucado, Acidente de transporte sem colisão, Inalação capotamento, queda de produção de uma instalação					
QUEIXAS: VITIMA DE QUITA DE MOTO, COM TOS GRAVE, ENTUZO.					
OBSERVAÇÕES: TRAUMA CRANIOENCEFALICO, RESPIRAÇÃO INADEQUADA					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Avia Plaster					
Exame de Orf: Sem dor		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					

Assessor:

Exame físico:

Conclusão:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCUABRIMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

Ac do moto

VALIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-66

BR 116 Km 300 - Cruzeiro - Jaguaribe

Endereço do 2º Ofício	Rua Emanoel Barreto, 100
Cidade	Jaguaribe - CE
CEP	83135-210
Telefone	(85) 3323.1000
E-mail	hospital@jaguaribe.ce.gov.br
Site	www.hospitaljaguaribe.ce.gov.br

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: Indivara Elix Bandeira
Sexo: M (A) F (I) Data de Nascimento: 30/04/38
Raça/Cor: Parda CNS
End. Residência: Viaza Cruzino
PSF: Fukui

DADOS DA CONSULTA

Data: 05/09/16 Hora da Chegada: 05:00 T: 90x60-15
Hora do Atendimento: 05:00 PA: 90x60-15

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Paciente relata de acidente automobilístico (acc) da estrada
veste umbral com ferimento de nível de consciência e
recuperação em 100% após 1 hora. Nalado 100% melhora
de respiração e estabilização clínica do paciente.
Gargal 3/5; Pupila esquerda 4mm, 4mm, e 4mm
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: ACE grave Abd. Trauma

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

CONDUITA MÉDICA

Observação: 6h ☐ 12h ☐ 24h ☐
Transferência ☐ Internação ☐

DIETA

☐ ZERO ☐ LIVRE
☐ LÍQUIDA ☐ BRANDA
☐ PASTOSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1 Sedação: Midazolam 5mg + 40ml + Fentanyl 2mg + 40ml
2 Manutenção: Midazolam 2mg + 40ml + Fentanyl 2mg + 40ml
3 40ml + Ventolin 2mg + 40ml + 40ml
4 40ml + 40ml + 40ml

Dr. Fernando: Assinatura

MARCO
CREMIO 18785
CREMERN 3345

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

Ⓢ R A T I F I C A Ç Ã O

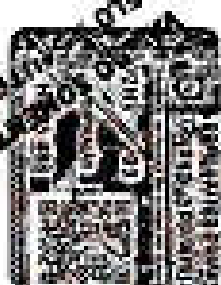
Nome: Eudimar Sales Bandeira

D.N: 30.01.1978

DOC: 54.514 295 - 7

Antônio Carlos Gomes de Sá
Comarca de Jaguaripe
Município de Jaguaripe

SELO
DE
AUTENTICIDADE
DO
DOCUMENTO
COM
O
SISTEMA
DE
SEGURANÇA
DO
GOV. DE
JAGUARIPE



Capitão de Polícia Rua Santa Bárbara, 101 13.210-000 Jaguaripe	A presente cópia fotostática confere com a original que me foi entregue Dou fe Jaguaripe-Ce 08 MAI 2017 Em testemunho <u>R</u> da verdade <u>Fatima Maria Barbosa</u> Tabella Valido Somente com o selo de autenticidade
--	---

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Frederico Felix Bezerra Sexo: ☐ M ☐ F
Data de Nascimento: 01/01/2000 Município de Residência: _____ UF: _____
Endereço: _____ Nº da RUA: _____
Profissão: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Tipo do Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____

Nome do Mãe / Responsável: _____

1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ DOENÇA () DIFTERIA () HANSENÍASE () POLIOMIELITE
☐ SUGELA () SARAMPO () TUBERCULOSE () HEPATITE

OUTROS: _____

DOENÇAS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO () SIDA (AIDS) () EPILEPSIA () CARDIOPATIA
☐ DIABETES () ALERGIA () TABAGISMO () HEMOFILIA
☐ CHAGAS () HIPERTENSÃO () DEFICIÊNCIA FÍSICA

OUTROS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CANCER () CARDIOPATIA () DIABETES () HANSENÍASE
☐ HEMOFILIA () HIPERTENSÃO () TUBERCULOSE

OUTROS: _____

DATA	TIPOS	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1ª								
	2ª								
	3ª								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

EXAME	DATA	18	17	16	15	14	13	12	11	81	82	83	84	85	28	27	26	25	24
1ª EXAME																			
2ª EXAME																			
3ª EXAME																			

ABSTRACT

СЕМЬИ

TESTE DE EXAME FISIOTERAPÊUTICO / EVOLUÇÃO

ASTORIA

15-20715
C.R.
OL x 1004

Realiza visita domiciliar na casa de paciente, 39 anos, vítima de acidente motorciclístico envolvendo com TCE grave e fratura de fêmur. História sobre de 2 meses internado em Fortaleza e diálise degenhara uremia alta e continua com acompanhamento ambulatorial. Aguarda transporte para o cirurgião em viagem.

No momento, apresenta-se ocorrendo durante, em alimentação para SNE e uso de droga anestésica. Limpa e com reação / flange. Está sensível e interage com o examinador.

Relatório introdução da sociedade virtual à D, apresentando piores juízo e duração ocultas à E. Apresentação introdução da força e limitação das mensagens com 11. Quinze de dezembro

Apresenta buço mais arredondado
com tride em processo de
evolução com fundo amarello
verde e brilhante.

ACU: RD. 27. RAE 75/100000
 AR: m(1) corn unicon dividends
 Wm houses FR: 28 upm.

CB: ① Judo terapia
mediana, psomus. Rf

(2) Remova a cerca de penetração 100mg a/dia
toda SNE

3) Aguardando reorganização - cirurgia + tratamento com Fontáluga

4) Orientações para cuidados
+ higiene

5. Phaeocephalus ruber

⑤ Phenomenon of H_2O 5 mg.

Autentico
Conforme
original
Q5 - 13

~~CREME 578 000~~

SUS-898 0005 9324 8356



JAGUARIBE
cidade futura.

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome: Eudimar Felix Barreira Sexo: M ☐ F ☐
Data de Nascimento: 30/01/78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
N.º do PIS: _____
UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
Nome do Cartório: _____
Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Atendente / Responsável: _____

CLASSIFICAÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ ESCOLARIDADE ☐ DIFTERIA ☐ HANSENÍASE ☐ POLIOQUELITE
☐ FEBRE ☐ SARAMPO ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE
TÍTULOS

ACRÁVOS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO ☐ SIDA (AIDS) ☐ EPILEPSIA ☐ CARDIOPATIA
☐ MENTAL ☐ ALERGIA ☐ TABAGISMO ☐ HEMOFILIA
☐ LESÕES ☐ CHAGAS ☐ HIPERTENSÃO ☐ DEFICIÊNCIA FÍSICA
TÍTULOS

ANTECEDENTES FAMILIARES



☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES MICO ☐ HANSENÍASE
☐ TUBERCULOSE ☐ HIPERTENSÃO
TÍTULOS

DATA	TÍPO	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TTIDT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1ª								
	2ª								
	3ª								
	4ª								

ODONTOGRAMAS

EXAME	DIREITO	51	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	15 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	45 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	85 84 83 82 81 71 72 73 74 75									
EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	15 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	45 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	85 84 83 82 81 71 72 73 74 75									
EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	15 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	45 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	85 84 83 82 81 71 72 73 74 75									

RELATÓRIO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

DATA	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/19		Paciente Relata de Eritema sobre o EVS, tomar 2 cp / P dia, diazepam 5 mg, tomar 1 cp a noite	
			
05/04/19		<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE e início ruído de alimentação por via VO. Paciente consciente, "verbaliza", movimentos em 4 membros e queixa-se de dor no local da escara.</p> <p>Foi à família onde orientamos sobre os cuidados para retirada de traqueostomia. Não foi mais indicada cirurgia de face.</p> <p>Paciente iniciou diarreia da fenda com a fisioterapia e fazer fisioterapia motora e respiratória.</p> <p>ACV: RR, 2T, 2NF, 12/120mmHg</p> <p>PA: 110/70, com ritmos cardíacos</p> <p>Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D.</p> <p>PA: 350 x 40</p> <p>Traqueostomia com secreção e sem flegm.</p> <p>Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
<p>Contato com o original</p> <p>Contato com o original</p> <p>Contato com o original</p>		<p>CD: ① Orienta limpeza / curativo da escara</p> <p>② Mudança de decúbito a cada 2 hrs</p> <p>③ Solicita TC de crânio</p> <p>④ Encaminhado ao "Médico em casa"</p> <p>⑤ Aguarda diarreia da fenda e acompanhamento fisioterápico.</p>	



Jaguaribe
cidade futura.

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Eudimar Felix Brito Sexo: ☐ M ☐ F
Data de Nascimento: 22.01.78 Município de Res.: _____ UF: _____
Endereço: _____ Nº do PIS: _____
Localidade: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
Linha: _____ Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Nome da Mãe / Responsável: _____

1 - PARTIÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ COQUELUQUE ☐ DIFTERIA ☐ HANSENÍASE ☐ POLIOMIELITE
☐ RUBÉOLA ☐ SARAMPO ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE
OUTROS: _____

2. ATRAVÉS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO ☐ SIDA (AIDS) ☐ EPILEPSIA ☐ CARDIOPATIA
☐ D. MENTAL ☐ ALERGIA ☐ TABAGISMO ☐ HEMOFILIA
☐ DIABETES ☐ CHAGAS ☐ HIPERTENSÃO ☐ DEFICIÊNCIA FÍSICA
OUTROS: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES ☐ HANSENÍASE
☐ NEUROSIA ☐ HIPERTENSÃO ☐ TUBERCULOSE
OUTROS: _____

DATA	TIPOS	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1º								
	2º								
	3º								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	35	34	33	32	31	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
2º EXAME	DIREITO	35	34	33	32	31	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
3º EXAME	DIREITO	35	34	33	32	31	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						

Anotar em azul serviços encontrados, em vermelho os serviços a serem realizados

LAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
B-102/15	<p>Id: 500 x 70</p> <p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente, 39 anos, vítima de acidente motociclístico envolvendo com TCE grave e trauma de face. Ficou cerca de 2 meses internada em Fortaleza e desde dezembro mantém alta e continua com acompanhamento ambulatorial. Aguarda retorno para o cirúrgico em um ano.</p> <p>No momento, encontra-se acamada, dismetido, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem secreção / flegma. Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Relata redução da acuidade visual à D, apresenta ptose leve e desvio ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos em MMII. Queixa-se de insônia.</p> <p>Apresenta lesão nas unhas com tecido em processo de cicatrização com fundo amarelado úmido e brilhoso.</p> <p>AEV: RR, 2T, BNF, síncopes AR: MV@, com rancos diminuídos em bases, FR: 19 ipm.</p>	
<p>Autentico xer conforme o original arquivado desta Prefeitura de 12/12/17</p>	<p>CD: ① Indico fisioterapia motora, porém há dificuldade de acesso (cítio)</p> <p>② Renova receita da Fenitoína 100mg 2x/dia pela SNE</p> <p>③ Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>④ Orientações sobre cuidados e higiene</p> <p>⑤ Prescrição Fibrin</p> <p>⑥ Prescrição de paracetamol 5mg -</p>	
	<p>CREMED 10.036</p>	

SUS=898 0005 9324 8356



JAGUARIBE
cidade futura.

Estado de Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Usuário: Eudimar Felix Bahiano Sexo: M ☒ F ☐
 Data de Nascimento: 30/02/78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
 Idade: _____ N.º do PIS: _____
 Identidade: _____ UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
 Unidade Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
 Valor: _____ Folhas: _____ Tombo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Nome do Mãe / Responsável: _____

1 - ERUDIÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

2 - ANTECEDENTES PESSOAIS

() COQUELUCHÉ () DIFTERIA () HANSEIASE () POLIOMIELITE
 () RUBÉOLA () SARAMPO () TUBERCULOSE () HEPATITE
 OUTROS: _____

3 - AGRAVOS DE RISCO

() ALCOOLISMO () SIDA (AIDS) () EPILEPSIA () CARDIOPATIA
 () D. MENTAL () ALERGIA () TABAGISMO () HEMOFILIA
 () DIABETES () CHAGAS () HIPERTENSÃO () DEFICIÊNCIA FÍSICA
 OUTROS: _____

4 - ANTECEDENTES FAMILIARES

() CÂNCER () CARDIOPATIA () DIABETES
 () HEMOFILIA () HIPERTENSÃO () TUBERCULOSE
 OUTROS: _____

*Original e cópia
 Com o nome o original
 arquivos desta Prefeitura
 02/05/2012*

DATA	TIPOS	A. POLIO	TRIPLICE	A. SARAMPO	S. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1º								
	2º								
	3º								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA												
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34
				65	64	63	62	61	71	72	73	74

2º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA												
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34
				65	64	63	62	61	71	72	73	74

3º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA												
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34
				65	64	63	62	61	71	72	73	74

AValiação Clínica e Diagnóstica

Data	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17		<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE e início recente de alimentação por VO. Paciente consciente, "entoliza", movimentos em 4 membros e queixa-se de dores de dor no local da ferida. Foi à Antologia onde orientamos sobre o uso do traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deixar iniciar desmame da sonda com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória.</p> <p>ACV: RR, 21, BNF, 13/13</p> <p>PA: 110/70, com rubor espontâneo</p> <p>Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D.</p> <p>PA: 110 x 70</p> <p>Traqueostomia com secreção e sem flegm.</p> <p>Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
<p>Autêntico xerox Conforme o original arquivado nesta pasta 03/04/17</p>		<p>CD: ① Oriento limpeza / curativo da ferida</p> <p>② Mudança de decúbito a cada 2 hrs</p> <p>③ Solicito TC de crânio</p> <p>④ Encaminhado ao "Melhor em casa"</p> <p>⑤ Aguardo desmame da sonda e acompanhamento fisioterápico.</p>	

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 20/04/2017 04:02:37

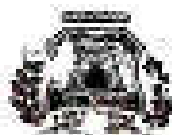
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CAD: 000001115916	NOME: ELMAR FÉLIX BARROSA			Pagador: SUS/MS	
CPF:	RG:	D. NASC: 28/07/1978	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Preta
NOME DA MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BARROSA			NOME DO PAI: LUIZ FÉLIX BARROSA		
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: VIA DO JAZZING		Nº: 34	Bairro: Zona Rural
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 3310429	MUNICÍPIO: JACARECANGA	UF: CE	CEP: 61200000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: LUIZ FÉLIX BARROSA		PARENTESCO: PAI		TELEFONE:	
TIPO DE VÍNCULO: ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CBO:		
ACIDENTE E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com machucado, Acidente de transporte sem colisão, Inalação captação, queda de produção de uma escavadeira					
QUEIXAS: VITIMA DE QUITA DE MOTO, COM TOS GRAVE, ENTUPEZ.					
OBSERVAÇÕES: TRAUMA CRANIOENCEFALICO, RESPIRAÇÃO INADEQUADA					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Zona Rural					
Exame de Orf: Sem dor		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO:					

Assinatura:

Nome: Rômulo

Código:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCUABRIMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978

PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

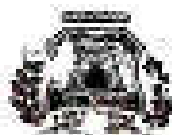
MOTIVO: PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 25/09/2016, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE, TRAUMA DE FACE; EDEMA CEREBRAL, INTUBADO SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA, ADMITIDO EM UTL EM 11/10/2016, FOI TRAQUEOSTOMIZADO (DR. IRAPUAN ROCHA). EVOLUIU COM FORMAÇÃO DE ÚLCERA SACRAL INFECTADA; TENDO SIDO SUBMETIDO A DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO EM 14/11/2016 (DR. RICARDO SÁ). ESTENOSE DE TRAQUEIA DE 40 % ; BEM COMO, PARALISIA DE CORDAS VOCAIS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA, EM 16/12/2016, DEVENDO RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL E OTORRINO (NO HOSPITAL WALTER CANTÍDIO).

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 12/04/2017 (JOAQUIM/V).

JOAQUIM V.
MÉDICO
CRM 100.000

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO RAE/NUAME-IJF

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978

PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

MOTIVO: PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 25/09/2016, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE, TRAUMA DE FACE; EDEMA CEREBRAL, INTUBADO SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA, ADMITIDO EM UTL EM 11/10/2016, FOI TRAQUEOSTOMIZADO (DR. IRAPUAN ROCHA). EVOLUIU COM FORMAÇÃO DE ÚLCERA SACRAL INFECTADA; TENDO SIDO SUBMETIDO A DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO EM 14/11/2016 (DR. RICARDO SÁ). ESTENOSE DE TRAQUEIA DE 40 % ; BEM COMO, PARALISIA DE CORDAS VOCAIS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA, EM 16/12/2016, DEVENDO RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL E OTORRINO (NO HOSPITAL WALTER CANTÍDIO).

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 12/04/2017 (JOAQUIM/V).

JOAQUIM V.
MÉDICO
CRM 100.000

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO RAE/NUAME-IJF

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Ac du mto



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIIBE

CNPJ: 07.443.704/0001-60

BR 116 Km 300 - Cruzeiro - Jaguaribá

ADRIANO
Assessor do 2º Ofício
R. São João Barrera, 48
13133-1388 - Jussara

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

PAPPA DO PACIENTE

Name: Indira Felix Mendez

Sexo: M (☐) F (☐)

Data de Nascimento: 20 / 04 / 20

Race/Cor: White

CN5

End. Residencia: Vasua Perzino

PSF: Ed Klined

DADOS DA CONSULTA

Date: 05/09/16

Hera da Cheonda: 95.00

Hora do Atendimento:

PA 90-160-5

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

SINAIS E SINTOMAS
 Pequeno rubor da conjunctiva hiperemiatizada (ver), da entrada
 nasal unilaterale com hiperemiatizada da nasal de esquerda e
 congestão na base do nariz (ver). Na língua IGA unilaterale
 de redução e irritabilidade. Olhos de presente.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

CONDOTTA MEDICA

Observação: 6h ☐ 12h ☐ 24h ☐

Transferencia

Internação

DATA

☐ ZERO

LIVRE

☐ FLUIDA

BRANDA

☐ PASTOSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

① Sedation: Morphine 5ml + 40% IV + Fentanyl 2ml + 40% IV

② Hauptbestand: Hydrogelen 2FA + 5FA 9% und 10 200 Jahre

3) $\text{Fe}^{2+} + \text{Vanthoos} \rightarrow \text{Vanadyl} + \text{Fe}^{3+}$

(c) SAC, 9% (5000) (10000) (10000)

By Forster, Robert : 1012769

Model
CREMC 1678
SERIAL 3345

ASSUNTO: RA DO MEDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

Ⓢ R A T I F I C A C A O !

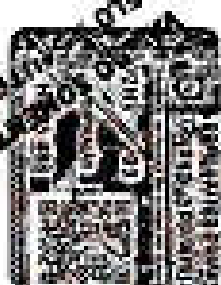
Nome: Eudimar Sales Bandeira

D.N: 30.01.1978

DOC: 54.514 295 - 7

Antônio Carlos Gomes de Sá
Comarca de Jaguaripe
Município de Jaguaripe

SELO
DE
AUTENTICIDADE
DO
DOCUMENTO
COM
O
SISTEMA
DE
CÓPIA
FOTOSTÁTICA



Capitão de Polícia Rua Santa Helena, 101 13410-000 Jaguaripe	A presente cópia fotostática confere com a original que me foi exibida Dou fe Jaguaripe-Ce 08 MAI 2017 Em testemunho <u>R</u> da verdade <u>Fatima Maria Barbosa</u> Tabella Válido Somente com o selo de autenticidade
--	--

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Frederico Felix Bezerra Sexo: ☐ M ☐ F
Data de Nascimento: 01/01/2000 Município de Residência: _____ UF: _____
Endereço: _____ Nº e PIS: _____
Profissão: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Nome de Mãe / Responsável: _____

CLASSIFICAÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

1. ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ DOENÇA () DIFTERIA () HANSENÍASE () POLIOMIELITE
☐ SUGELA () SARAMPO () TUBERCULOSE () HEPATITE

OUTROS: _____

2. RISCOS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO () SIDA (AIDS) () EPILEPSIA () CARDIOPATIA
☐ DENTAL () ALERGIA () TABAGISMO () HEMOFILIA
☐ DIABETES () CHAGAS () HIPERTENSÃO () DEFICIÊNCIA FÍSICA

OUTROS: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CANCER () CARDIOPATIA () DIABETES () HANSENÍASE
☐ HEMOFILIA () HIPERTENSÃO () TUBERCULOSE

OUTROS: _____

DATA	TIPOS	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1ª								
	2ª								
	3ª								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

EXAME	DATA	ODONTOGRAMAS
1ª EXAME		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>DIREITO</p> </div> <div> <p>ESQUERDO</p> </div> </div>
2ª EXAME		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>DIREITO</p> </div> <div> <p>ESQUERDO</p> </div> </div>
3ª EXAME		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>DIREITO</p> </div> <div> <p>ESQUERDO</p> </div> </div>

Assinar em azul serviços encontrados, em vermelho os serviços a serem realizados

RELATÓRIO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

Clínica /
Semiologia

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

15/07/13

Idade: 300 x 70

Aboligo vital: dorme bem na casa de paiado, 39 anos, vítima de acidente motorístico envolvendo com TCE grave e fratura de fêmur. Sinais de 2 meses internado em Fontaluga e diada degenção vascular alta e continua com acompanhamento ambulatorial. Aguarda internar para a cirurgia em março.

No momento, apresenta-se ocorrendo diminuição, em alimentação por SNE e uso de diuresestese. Limpo e com reação / flugos. Exat. nervosa e interage com a enfermagem.

Relat. evolução da evolução vital à D, apresentando febre leve e diurese oculta à E. Apresenta evolução da febre e limitação dos movimentos com mmll. Quilograma de redução.

Apresenta sinais mais evidentes sem fralda em processo de desidratação com fundo vermelho simétrico e brilhante.

AR: RR: 27, BAF normal, AR: muc com secreções alveolares sem barulho FR: 19 ipm.

CB: 1) Jrdio fisiológico

mediana, pressão de

2) dificuldade de acesso (retro)

3) Rinsos oculta de

Penetração 100mg de/dia

4) pela SNE

5) Aguarda preparação cirúrgica

6) e internar em Fontaluga

7) e higiene

8) Prescrição Fibras

9) Prescrição de 5mg

10) Prescrição de 5mg

11) Prescrição de 5mg

12) Prescrição de 5mg

Autenticidade
Conformidade
Assinatura
Data
Assinatura
Data



SUS-898 0005 9324 8356



JAGUARIBE
cidade futura.

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome: Eudimar Felix Barreira Sexo: M ☐ F ☐
 Data de Nascimento: 30/01/78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
 N.º do PMS: _____
 UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
 Nome do Cartório: _____
 Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Responsável: _____

CLASSIFICAÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ ESCOLARIDADE ☐ DIFTERIA ☐ HANSENÍASE ☐ POLIOQUELITE
☐ FEBRE ☐ SARAMPO ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE
 TÍTULOS

ACRÁVOS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO ☐ SIDA (AIDS) ☐ EPILEPSIA ☐ CARDIOPATIA
☐ MENTAL ☐ ALERGIA ☐ TABAGISMO ☐ HEMOFILIA
☐ LESÕES ☐ CHAGAS ☐ HIPERTENSÃO ☐ DEFICIÊNCIA FÍSICA
 OUTROS

ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES MELLITO
☐ TUBERCULOSE ☐ HIPERTENSÃO ☐ HANSENÍASE
 OUTROS



DIABETES MELLITO
 TUBERCULOSE
 HIPERTENSÃO
 HANSENÍASE
 09/11/14

DATA	TÍPO	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TTDT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1ª								
	2ª								
	3ª								
	Out.								

ODONTOGRAMAS

EXAME	DIREITO	51	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75								
EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75								
EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75								

RELATÓRIO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

DATA	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/19		Paciente Relata de Eritema sobre o EVS, Tomar 2 cp / P. dia, diazepam 5 mg, tomar 1 cp a noite	
			
05/04/19		<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE e início ruído de alimentação por via VO. Paciente consciente, "verbaliza", movimentos em 4 membros e queixa-se de dores de dor no local da escara.</p> <p>Foi à família onde orientamos sobre como retirar a escara para retirada de traqueostomia. Não foi mais indicada cirurgia de face.</p> <p>Paciente iniciou diarreia da fenda com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória.</p> <p>ACV: RR, 2T, BNF, 12/2000</p> <p>PA: 110/70, com ritmos cardíacos</p> <p>Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D.</p> <p>PA: 350 x 40</p> <p>Traqueostomia com secreção e sem flegm.</p> <p>Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
<p>Contato com o original</p> <p>Contato com o original</p> <p>Contato com o original</p>		<p>CD: ① Oriento limpeza / curativo da escara</p> <p>② Mudança de decúbito a cada 2 hrs</p> <p>③ Solicito TC de crânio</p> <p>④ Encaminhado ao "Mulher em casa"</p> <p>⑤ Aguarda diarreia da fenda e acompanhamento fisioterápico.</p>	



Jaguaribe
cidade futura.

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Eudimar Felix Brito Sexo: ☐ M ☐ F
Data de Nascimento: 22.07.78 Município de Res.: _____ UF: _____
Endereço: _____ Nº do PIS: _____
Localidade: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
Linha: _____ Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Nome da Mãe / Responsável: _____

1 - PARTIÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ COQUELUQUE ☐ DIFTERIA ☐ HANSENÍASE ☐ POLIOMIELITE
☐ RUBÉOLA ☐ SARAMPO ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE
OUTROS: _____

2. ATRAVÉS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO ☐ SIDA (AIDS) ☐ EPILEPSIA ☐ CARDIOPATIA
☐ D. MENTAL ☐ ALERGIA ☐ TABAGISMO ☐ HEMOFILIA
☐ DIABETES ☐ CHAGAS ☐ HIPERTENSÃO ☐ DEFICIÊNCIA FÍSICA
OUTROS: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES ☐ HANSENÍASE
☐ NEUROSIA ☐ HIPERTENSÃO ☐ TUBERCULOSE
OUTROS: _____

DATA	TIPOS	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1º								
	2º								
	3º								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	35	34	33	32	31	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38								
2º EXAME	DIREITO	35	34	33	32	31	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38								
3º EXAME	DIREITO	35	34	33	32	31	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38								

Anotar em azul serviços encontrados, em vermelho os serviços a serem realizados

LAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
B-102/15	<p>Pt: 100 x 70</p> <p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente, 39 anos, vítima de acidente motociclistico envolvendo com TCE grave e trauma de face. Ficou cerca de 2 meses internada em Fortaleza e desde dezembro mudou alta e continua em acompanhamento ambulatorial. Aguarda retorno para o cirurgião em um ano.</p> <p>No momento, encontra-se acamada, disnutrida, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem secreção / flegma.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Relata redução da acuidade visual à D, apresenta ptose leve e desvio ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos em MMII. Queixa-se de insônia.</p> <p>Apresenta lesão nas unhas com tecido em processo de cicatrização com fundo amarelado úmido e brilhoso.</p> <p>AEV: RR, 2T, BNF, síncopes AR: MV@, com rales diminuídos em bases, FR: 19 ipm.</p>	
<p>Autentico xer conforme o original arquivado desta Prefeitura - 25 / 05 / 17</p>	<p>CD: ① Indico fisioterapia motora, porém há dificuldade de acesso (cúbito)</p> <p>② Renova receita da Fenitoína 100mg 2x/dia pela SNE</p> <p>③ Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>④ Orientação sobre cuidados e higiene</p> <p>⑤ Prescrição Fibrin</p> <p>⑥ Prescrição de paracetamol 5mg -</p>	
	<p>CREMED 10.036</p>	

SUS=898 0005 9324 8356



Jaguaribe
cidade futura.

Estado de Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Usuário: Eudimar Felix Bahiano Sexo: M ☒ F ☐
Data de Nascimento: 30.01.78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
Idade: _____ N.º do PIS: _____
Identidade: _____ UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
Unidade Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
Voto: _____ Folhas: _____ Tombo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Código de Mão / Responsável: _____

ERECÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

() COQUELUCHÊ () DIFTERIA () HANSEIASE () POLIOMIELITE
() RUBÉOLA () SARAMPO () TUBERCULOSE () HEPATITE

OUTROS: _____

AGRAVOS DE RISCO

() ALCOOLISMO () SIDA (AIDS) () EPILEPSIA () CARDIOPATIA
() D. MENTAL () ALERGIA () TABAGISMO () HEMOFILIA
() DIABETES () CHAGAS () HIPERTENSÃO () DEFICIÊNCIA FÍSICA

OUTROS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

() CÂNCER () CARDIOPATIA () DIABETES
() HEMOFILIA () HIPERTENSÃO () TUBERCULOSE

OUTROS: _____

*Original e cópia
Cópia autenticada
em nome da Prefeitura
de 02/05/2018*

DATA	TIPOS	A. POLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	S. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1º								
	2º								
	3º								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
2º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
3º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						

AValiação Clínica e Diagnóstica

Data	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17		<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE e início recente de alimentação por VO. Paciente consciente, "entoliza", movimentos em 4 membros e queixa-se de dores de dor no local da ferida. Foi à Antologia onde orientamos sobre o uso do traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deixar iniciar desmame da sonda com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória.</p> <p>ACV: RR, 21, BNF, 13/13</p> <p>PA: 110/70, com rubor espontâneo</p> <p>Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D.</p> <p>PA: 110 x 70</p> <p>Traqueostomia com mucosa e sem flegma. Escara nasal com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
03/04/17		<p>CD: ① Oriento limpeza / curativo da ferida</p> <p>② Mudança de decúbito a cada 2 hrs</p> <p>③ Solicito TC de crânio</p> <p>④ Encaminhado ao "Melhor em casa"</p> <p>⑤ Aguardo desmame da sonda e acompanhamento fisioterápico.</p>	

Autêntico xerox
Conforme o original
arquivado nesta Prefeitura
03/04/17

Dr. [Assinatura]

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 20/04/2017 04:02:37

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CAD: 040001-11-0000	NOME: ELMAR FELIX BARROSA			Pagador: SUS/MS	
CPF:	RG:	D. NASC: 28/07/1978	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Pardo
NOME DA MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BARROSA			NOME DO PAI: LUIZ FELIX BARROSA		
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: VIA DO JAZZING		Nº: 34	Bairro: Zona Rural
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 330449	MUNICÍPIO: JACARECANGA	UF: CE	CEP: 61200000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: LUIZ FELIX BARROSA		PARENTESCO: PAI		TELEFONE:	
TIPO DE VÍNCULO: ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CBO:		
ACIDENTE E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com machucado, Acidente de transporte sem colisão, Inalação captação, queda de produção de uma máquina					
QUEIXAS: VITIMA DE QUINTA DE ACIDENTE COM TOS GRAVE, ENTUPECIDO					
OBSERVAÇÕES: TRAUMA CRANIOENCEFALICO, RESPIRAÇÃO INADEQUADA					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: ÁREA PLÁSTICA					
Exame de Orf: Sem dor		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					

Assinatura:

Nome do Paciente:

Código:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCUABRIMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

Ac do moto

VALIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-66

BR 116 Km 300 - Cruzeiro - Jaguaribe

Endereço do 2º Ofício	Rua Estácio Barreto, 100
Cidade	Jaguaribe - CE
CEP	83135-210
Telefone	(85) 3323.1000
E-mail	hosp@jaguaribe.ce.gov.br
Site	www.hosp.jaguaribe.ce.gov.br

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: Indivara Felix Bandeira
Sexo: M (A) F (I) Data de Nascimento: 30/04/38
Raça/Cor: Parda CNS
End. Residência: Viaza Cruzado
PSF: Fukui

DADOS DA CONSULTA

Data: 05/09/16 Hora da Chegada: 05:00 T: PA 90x60-15
Hora do Atendimento: 05:00

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Paciente relata de acidente automobilístico (carro) deu entrada
nesta unidade com hemorragia de nível de consciência e
respiração em face, apneia leve. Nálado TET (marcha)
de redução e utilização clínica do presente
Gargal 3/5; Respiração em face, e leve
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA
ACE grave

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

CONDUITA MÉDICA

Observação: 6h ☐ 12h ☐ 24h ☐
Transferência ☐ Internação ☐

DIETA

☐ ZERO ☐ LIVRE
☐ LÍQUIDA ☐ BRANDA
☐ PASTOSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1 Sedação: Midazolam 5ml + 40 IV + Fentanyl 2ml + 40 IV
2 Manutenção: Midazolam 2FA + SFO 9% 10ml IV 20g/min
3 FOT + Ventilação com pressão FB 12g/min
4 SFO 9% 10ml IV 20g/min

Dr. Fernando: Assinatura

MARCO
CREMEO 18785
CREMERN 3345

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

Ⓢ R A T I F I C A Ç Ã O

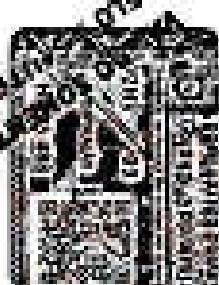
Nome: Eudimar Sales Bandeira

D.N: 30.01.1978

DOC: 54.514 295 - 7

Antônio Carlos Gomes de Sá
Comarca de Jaguaripe
Município de Jaguaripe

SELO
DO JORNALEIRO
COM
O JORNAL



Capitão de Polícia Rua Santa Helena, 101 13210-000 Jaguaripe	A presente cópia fotostática confere com a original que me foi entregue Dou fe Jaguaripe-Ce 08 MAI 2017 Em testemunho <u>R</u> da verdade <u>Fatima Maria Barbosa</u> Tabella Valido Somente com o selo de autenticidade
--	---

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Frederico Felix Bezerra Sexo: ☐ M ☐ F
Data de Nascimento: 01/01/2000 Município de Residência: _____ UF: _____
Endereço: _____ Nº da RUA: _____
Telefone: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Data de Voto / Responsável: _____

CLASSIFICAÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

1. ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ DOENÇA () DIFTERIA () HANSENÍASE () POLIOMIELITE
☐ SUGELA () SARAMPO () TUBERCULOSE () HEPATITE

OUTROS: _____

2. RISCOS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO () SIDA (AIDS) () EPILEPSIA () CARDIOPATIA
☐ DENTISTAL () ALERGIA () TABAGISMO () HEMOFILIA
☐ DIABETES () CHAGAS () HIPERTENSÃO () DEFICIÊNCIA FÍSICA

OUTROS: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CANCER () CARDIOPATIA () DIABETES () HANSENÍASE
☐ HEMOFILIA () HIPERTENSÃO () TUBERCULOSE

OUTROS: _____

DATA	TIPOS	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1ª								
	2ª								
	3ª								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

1ª EXAME	DATA	ODONTOGRAMAS
		<div> <div> <div>16</div><div>17</div><div>18</div><div>19</div><div>20</div><div>21</div><div>22</div><div>23</div><div>24</div><div>25</div><div>26</div><div>27</div><div>28</div><div>29</div><div>30</div><div>31</div><div>32</div><div>33</div><div>34</div><div>35</div><div>36</div><div>37</div><div>38</div><div>39</div><div>40</div><div>41</div><div>42</div><div>43</div><div>44</div><div>45</div><div>46</div><div>47</div><div>48</div><div>49</div><div>50</div><div>51</div><div>52</div><div>53</div><div>54</div><div>55</div><div>56</div><div>57</div><div>58</div><div>59</div><div>60</div><div>61</div><div>62</div><div>63</div><div>64</div><div>65</div><div>66</div><div>67</div><div>68</div><div>69</div><div>70</div><div>71</div><div>72</div><div>73</div><div>74</div><div>75</div><div>76</div><div>77</div><div>78</div><div>79</div><div>80</div><div>81</div><div>82</div><div>83</div><div>84</div><div>85</div><div>86</div><div>87</div><div>88</div><div>89</div><div>90</div><div>91</div><div>92</div><div>93</div><div>94</div><div>95</div><div>96</div><div>97</div><div>98</div><div>99</div><div>100</div> </div> </div>
2ª EXAME	DATA	<div> <div> <div>16</div><div>17</div><div>18</div><div>19</div><div>20</div><div>21</div><div>22</div><div>23</div><div>24</div><div>25</div><div>26</div><div>27</div><div>28</div><div>29</div><div>30</div><div>31</div><div>32</div><div>33</div><div>34</div><div>35</div><div>36</div><div>37</div><div>38</div><div>39</div><div>40</div><div>41</div><div>42</div><div>43</div><div>44</div><div>45</div><div>46</div><div>47</div><div>48</div><div>49</div><div>50</div><div>51</div><div>52</div><div>53</div><div>54</div><div>55</div><div>56</div><div>57</div><div>58</div><div>59</div><div>60</div><div>61</div><div>62</div><div>63</div><div>64</div><div>65</div><div>66</div><div>67</div><div>68</div><div>69</div><div>70</div><div>71</div><div>72</div><div>73</div><div>74</div><div>75</div><div>76</div><div>77</div><div>78</div><div>79</div><div>80</div><div>81</div><div>82</div><div>83</div><div>84</div><div>85</div><div>86</div><div>87</div><div>88</div><div>89</div><div>90</div><div>91</div><div>92</div><div>93</div><div>94</div><div>95</div><div>96</div><div>97</div><div>98</div><div>99</div><div>100</div> </div> </div>
3ª EXAME	DATA	<div> <div> <div>16</div><div>17</div><div>18</div><div>19</div><div>20</div><div>21</div><div>22</div><div>23</div><div>24</div><div>25</div><div>26</div><div>27</div><div>28</div><div>29</div><div>30</div><div>31</div><div>32</div><div>33</div><div>34</div><div>35</div><div>36</div><div>37</div><div>38</div><div>39</div><div>40</div><div>41</div><div>42</div><div>43</div><div>44</div><div>45</div><div>46</div><div>47</div><div>48</div><div>49</div><div>50</div><div>51</div><div>52</div><div>53</div><div>54</div><div>55</div><div>56</div><div>57</div><div>58</div><div>59</div><div>60</div><div>61</div><div>62</div><div>63</div><div>64</div><div>65</div><div>66</div><div>67</div><div>68</div><div>69</div><div>70</div><div>71</div><div>72</div><div>73</div><div>74</div><div>75</div><div>76</div><div>77</div><div>78</div><div>79</div><div>80</div><div>81</div><div>82</div><div>83</div><div>84</div><div>85</div><div>86</div><div>87</div><div>88</div><div>89</div><div>90</div><div>91</div><div>92</div><div>93</div><div>94</div><div>95</div><div>96</div><div>97</div><div>98</div><div>99</div><div>100</div> </div> </div>

RELATÓRIO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

Clínica /
Semiologia

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

15/07/13

Idade: 300 x 70

Aboligo vital: dorme bem na casa de paiado, 39 anos, vítima de acidente motorístico envolvendo com TCE grave e fratura de fêmur. Sinais de 2 meses internado em Fontalva e diada degenhno uvelou alta e continua em acompanhamento ambulatorial. Aguarda internar para a cirurgia em urgo.

No momento, encontra-se ocorrendo diminuição, em alimentação por SNE e uso de diuresestora. Limpo e com reação / flugos. Exatã nervosidade e interage com a examinação.

Reflexo condutão da sensibilidade uterina à D, apresentando pênse leve e durante oculto à E. Apresenta condução da força e limitação dos movimentos com mmll. Quinase de amônia.

Apresenta urina mais uridugos sem urido em paucosco de micotização com fundo normalis simado e limbo.

AR: RR: 21, RAR: 21, mupay AR: mupay com uracon alivento. sem barus FR: 19 upm.

CB: 1) Jrdio fisioterapia

medica, pramon R6

2) dificuldade de acesso (nutrio)

3) Remova uvelou de Penetração 100mg q/dia pela SNE

4) Aguarda preparação cirurgica e uvelou em Fontalva

5) Quidificação no pu euidades e hupuni

6) Prescricao Fubun

7) Prescricao de 5mg

Autenticado e
Conforme o
original
de 15/07/13

SUS-898 0005 9324 8356



JAGUARIBE
cidade futura.

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome: Eudimar Felix Barreira Sexo: M ☐ F ☐
 Data de Nascimento: 30/01/78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
 N.º do PMS: _____
 UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
 Nome do Cartório: _____
 Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Responsável: _____

CLASSIFICAÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ ESCOLARIDADE ☐ DIFTERIA ☐ HANSENÍASE ☐ POLIOQUELITE
☐ FEBRE ☐ SARAMPO ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE
 TÍTULOS

ACRÁVOS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO ☐ SIDA (AIDS) ☐ EPILEPSIA ☐ CARDIOPATIA
☐ MENTAL ☐ ALERGIA ☐ TABAGISMO ☐ HEMOFILIA
☐ LESÕES ☐ CHAGAS ☐ HIPERTENSÃO ☐ DEFICIÊNCIA FÍSICA
 OUTROS

ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES MELLITO
☐ TUBERCULOSE ☐ HIPERTENSÃO ☐ HANSENÍASE
 OUTROS



DIABETES MELLITO
 TUBERCULOSE
 CÂNCER
 HIPERTENSÃO
 HANSENÍASE
 09/11/14

DATA	TÍPO	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TTDT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1ª								
	2ª								
	3ª								
	Out.								

ODONTOGRAMAS

EXAME	DIREITO	51	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	15 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	45 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	85 84 83 82 81 71 72 73 74 75									
EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	15 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	45 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	85 84 83 82 81 71 72 73 74 75									
EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	15 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	45 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	85 84 83 82 81 71 72 73 74 75									

RELATÓRIO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

DATA	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/19		<p>Paciente Relata de Eritema sobre o EVS, Tomar 2 cp / P. dia, diazepam 5 mg, tomar 1 cp a noite</p>	
			
05/04/19		<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE e início ruído de alimentação por via VO. Paciente consciente, "verbaliza", movimentos em 4 membros e queixa-se de dor no local da escara.</p> <p>Foi à família onde orientamos sobre os cuidados para retirada de traqueostomia. Não foi mais indicada cirurgia de face.</p> <p>Paciente iniciou diarreia da fenda com a fisioterapia e fazer fisioterapia motora e respiratória.</p> <p>ACV: RR, 2T, 2NF, 12/120mmHg</p> <p>PA: 110/70, com ritmos cardíacos</p> <p>Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D.</p> <p>PA: 350 x 40</p> <p>Traqueostomia com secreção e sem flegm.</p> <p>Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
<p>Contato com o original</p> <p>Contato com o original</p> <p>Contato com o original</p>		<p>CD: ① Oriento limpeza / curativo da escara</p> <p>② Mudança de decúbito a cada 2 hrs</p> <p>③ Solicito TC de crânio</p> <p>④ Encaminhado ao "Médico em casa"</p> <p>⑤ Aguardo diarreia da fenda e acompanhamento fisioterápico.</p>	



Jaguaribe
cidade futura.

Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Eudimar Felix Brito Sexo: ☐ M ☐ F
Data de Nascimento: 22.07.78 Município de Res.: _____ UF: _____
Endereço: _____ Nº do PIS: _____
Localidade: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
Linha: _____ Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Nome da Mãe / Responsável: _____

1 - PARTIÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ COQUELUQUE ☐ DIFTERIA ☐ HANSENÍASE ☐ POLIOMIELITE
☐ RUBÉOLA ☐ SARAMPO ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE
OUTROS: _____

2. ATRAVÉS DE RISCO

☐ ALCOOLISMO ☐ SIDA (AIDS) ☐ EPILEPSIA ☐ CARDIOPATIA
☐ D. MENTAL ☐ ALERGIA ☐ TABAGISMO ☐ HEMOFILIA
☐ DIABETES ☐ CHACAS ☐ HIPERTENSÃO ☐ DEFICIÊNCIA FÍSICA
OUTROS: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES ☐ HANSENÍASE
☐ NEUROSIA ☐ HIPERTENSÃO ☐ TUBERCULOSE
OUTROS: _____

DATA	TIPOS	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1º								
	2º								
	3º								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO																ESQUERDO							
	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	21	22	23	24	25	26	27	28			
DATA																								
	48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	31	32	33	34	35	36	37	38			
				85	84	83	82	81																
2º EXAME	DIREITO																ESQUERDO							
	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	21	22	23	24	25	26	27	28			
DATA																								
	48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	31	32	33	34	35	36	37	38			
				85	84	83	82	81																
3º EXAME	DIREITO																ESQUERDO							
	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	21	22	23	24	25	26	27	28			
DATA																								
	48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	31	32	33	34	35	36	37	38			
				85	84	83	82	81																

Anotar em azul serviços encontrados, em vermelho os serviços a serem realizados

LAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
B-102/15	<p>Id: 500 x 70</p> <p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente, 39 anos, vítima de acidente motociclistico envolvendo com TCE grave e trauma de face. Ficou cerca de 2 meses internada em Fortaleza e desde dezembro mudou alta e continua com acompanhamento ambulatorial. Aguarda retorno para o cirurgião em umango.</p> <p>No momento, encontra-se acamada, dismetido, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem secreção / flogose.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Relata redução da acuidade visual à D, apresenta ptose leve e desvio ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos em MMII. Queixa-se de insônia.</p> <p>Apresenta lesão nas unhas com tecido em processo de cicatrização com fundo amarelado úmido e brilhoso.</p> <p>AEV: RR, 2T, BNF, síncopes AR: MV@, com rancos diminuídos em bases, FR: 19 ipm.</p>	
<p>Autentico xer conforme o original arquivado desta Prefeitura - 25 / 12 / 17</p>	<p>CD: ① Indico fisioterapia motora, porém há dificuldade de acesso (cítio)</p> <p>② Renova vacuta da Fenitoína 100mg 2x/dia pela SNE</p> <p>③ Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>④ Orientação sobre cuidados e higiene</p> <p>⑤ Prescrição Fibrin</p> <p>⑥ Prescrição de paracetamol 5mg -</p>	
	<p>CREME 10.036</p>	

SUS=898 0005 9324 8356



JAGUARIBE
cidade futura.

Estado de Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaribe
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Usuário: Eudimar Felix Bahiana Sexo: M ☒ F ☐
 Data de Nascimento: 30.01.78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
 Idade: _____ N.º do PIS: _____
 Identidade: _____ UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
 Unidade Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
 Valor: _____ Folhas: _____ Tombo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Nome do Mãe / Responsável: _____

ERECÇÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

() COQUELUCHÊ () DIFTERIA () HANSEIASE () POLIOMIELITE
 () RUBÉOLA () SARAMPO () TUBERCULOSE () HEPATITE

OUTROS: _____

AGRAVOS DE RISCO

() ALCOOLISMO () SIDA (AIDS) () EPILEPSIA () CARDIOPATIA
 () D. MENTAL () ALERGIA () TABAGISMO () HEMOFILIA
 () DIABETES () CHAGAS () HIPERTENSÃO () DEFICIÊNCIA FÍSICA

OUTROS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

() CÂNCER () CARDIOPATIA () DIABETES
 () HEMOFILIA () HIPERTENSÃO () TUBERCULOSE

OUTROS: _____

*Original e cópia
 Com o nome o original
 arquivos desta Prefeitura
 02/05/2018*

DATA	TIPOS	A. POLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	S. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1º								
	2º								
	3º								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
2º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
3º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						

AValiação Clínica e Diagnóstica

Data	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17		<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, em alimentação por SNE e início recente de alimentação por VO. Paciente consciente, "entoliza", movimentos em 4 membros e queixa-se de dores de dor no local da ferida. Foi à Antologia onde orientamos sobre o uso do traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deixar iniciar desmame da sonda com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória.</p> <p>ACV: RR, 21, BNF, 13/13</p> <p>PA: 110/70, com rubor espontâneo</p> <p>Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D.</p> <p>PA: 110/70</p> <p>Traqueostoma com secreção e sem flegm.</p> <p>Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
<p>Autêntico xerox Conforme o original arquivado nesta pasta 03/04/17</p>		<p>CD: ① Oriento limpeza / curativo da ferida</p> <p>② Mudança de decúbito a cada 2 hrs</p> <p>③ Solicito TC de crânio</p> <p>④ Encaminhado ao "Melhor em casa"</p> <p>⑤ Aguardo desmame da sonda e acompanhamento fisioterápico.</p>	

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 20/04/2017 04:02:37

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CAD: 040001-11-0000	NOME: ELMAR FÉLIX BARROSA			Pagina: 000001	
CPF:	RES:	D. NASC: 20/07/1978	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Pardo
NOME DA MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BARROSA			NOME DO PAI: LUIZ FÉLIX BARROSA		
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: VIA DO JAZZING		Nº: 54	BARRIO: ZONA RURAL
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 330449	MUNICÍPIO: JACARECÉ	UF: CE	CEP: 0301008	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: LUIZ FÉLIX BARROSA		PARENTESCO: PAI		TELEFONE:	
TIPO DE VÍNCULO: ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CBO:		
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com machucado, Acidente de transporte sem colisão, Trauma capotamento, queda de produção de uma instalação					
QUEIXAS: VITIMA DE QUITA DE MOTO, COM TOS GRAVE, ENTUPEZ.					
OBSERVAÇÕES: TRAUMA CRANIOENCEFALICO, RESPIRAÇÃO INADEQUADA					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: ÁREA PLÁSTICA					
Exame de Orf: Sem dor		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHA			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO:					

Assessor:

Exame físico:

Conclusão:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCUABRIMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

34.514.295-7 16/JUN/2010

EUDIMAR FELIX BANDEIRA

LUIZ FELIX BANDEIRA

E MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

JAGUARETAMA -CE

30/JAN/1978

JAGUARETAMA-CE

POÇO COMPRIDO

CN:LV.A11 /FLS.215V/N.003541

874614633-49

16 Delegado - Lavagem de

ASL-0215564/19
fabiana.pereira.3999
28/05/2020 14:21:39

ASL-0215564/19
fabiana.pereira.3999
28/05/2020 14:21:39

Documentos de Identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Nº de Inscrição

874614633-49

Data de Nascimento

30/01/78



ASL-0215564/19
fabiana.pereira.3999
28/05/2020 14:21:39

ASL-0215564/19
fabiana.pereira.3999
28/05/2020 14:21:39

ASL-0215564/19
fabiana.pereira.3999
28/05/2020 14:21:39

ASL-0215564/19
fabiana.pereira.3999
28/05/2020 14:21:39

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

0000-2

PROIBIDO PLASTIFICAR



Eudimar Felix Bandeira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura

x Eudimar Felix Bandeira

EUDIMAR FELIX BANDEIRA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 30/03/98

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200194359 **Cidade:** Jaguaribara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EUDIMAR FELIX BANDEIRA **Data do acidente:** 25/09/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE COM TRAUMA DE FACE

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1
SOLICITO PERÍCIA EM ESCALA DE PRIORIDADE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200194359 **Cidade:** Jaguaribara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EUDIMAR FELIX BANDEIRA **Data do acidente:** 25/09/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/06/2020
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Sim
Diagnóstico: TCE COM TRAUMA DE FACE
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA
Sequelas permanentes:
Sequelas:
Documento/Motivo:
Nome do documento faltante:
Apontamento do Laudo do IML:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: @1
SOLICITO PERÍCIA EM ESCALA DE PRIORIDADE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200194359 **Cidade:** Jaguaribara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EUDIMAR FELIX BANDEIRA **Data do acidente:** 25/09/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TCE COM EDEMACEREBRAL
TRAUMA DE FACE

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- TRAQUEOSTOMIA(75)
ALTA

Sequelas permanentes: DEBILIDADE MOTORA E NEUROLÓGICA PÓS TCE

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE NEUROLÓGICA EM GRAU RESIDUAL

**Documentos
complementares:**

Observações: PERICIA RECUSADA PELO PRESTADOR. PAG @1 APRESENTA DOCUMENTO MEDICO DR.TAFANEL LIMA DE MENEZES, DE 13/12/2017 REFERINDO SEQUELAS MOTORAS E NEUROLOGICAS SECUNDÁRIAS A TCE OCORRIDO EM SETEMBRO DE 2016.
POUCA DOCUMENTAÇÃO E REPETIDA, SEM DOCUMENTAÇÃO MAIS RECENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200194359 **Cidade:** Jaguaribara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EUDIMAR FELIX BANDEIRA **Data do acidente:** 25/09/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TCE COM TRAUMA DE FACE

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes: DEBILIDADE MOTORA E NEUROLÓGICA PÓS TCE

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DEBILIDADE MOTORA E NEUROLÓGICA PÓS TCE

**Documentos
complementares:**

Observações: @1

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	20 %	R\$ 2.700,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0151118/20

Vítima: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

CPF: 874.614.633-49

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/09/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

EUDIMAR FELIX BANDEIRA : 874.614.633-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/05/2020
Nome: EUDIMAR FELIX BANDEIRA
CPF: 874.614.633-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2020
Nome: FABIANA LUCIA DUARTE DA ROSA PEREIRA
CPF: 089.616.657-07

EUDIMAR FELIX BANDEIRA

FABIANA LUCIA DUARTE DA ROSA PEREIRA