



Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA



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.

Petionante

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

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará



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.

Cumpre 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 inocorrência 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:



^[1]x“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.

Cumpre 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 AUTORAL 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 inherência 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 CADAVÉRICO.

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 VIGÊNCIA 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 horários 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 expresso 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; **JOSELAINÉ 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 nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FÁBIO 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

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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.

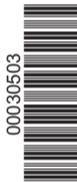
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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** Autorização de pagamento ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.



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 TAUORA, 1005 FUNDOS	Número 1005	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade JAGUARIPE	Estado CE
Email -	CEP 63.475-000	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

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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 _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 00028640	D/V 5 (Informar dígito se existir)
--------------------------------	--	----------------------------------	---

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____	NRO. _____
AGÊNCIA NRO. _____ (Informar dígito se existir)	D/V _____ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. _____ (Informar dígito se existir)	D/V _____ (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.

JAGUARIPE, 12 de JUNHO de 2019

Local e Data

Eudimar Felix Bandeira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

JAN
11/09/2017
TUR/CA
02
DSC

TERMO CIRCUNSTANCIADO DE OCORRÊNCIA N° 472 - 77 / 2017

COMARCA DE JAGUARIBE
8977-16 2017 R 06 0107

Dados da Ocorrência

Data / Hora da Ocorrência: 25/09/2016 01:00:00

Boletim de ocorrência

Incidência Penal: ART.310, CODIGO DE TRANSITO (LEI 9503)

Local: ROBOVIA CE (LIGA JAGUARIBE X FEITICEIRO)

Bairro: ZONA RURAL

Município: JAGUARIBARA/CE

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: SITIO VÁRZEA DO JUAZEIRO

Ponto de Referência:

Bairro: ZONA RURAL

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGAÇÃO REGIONAL DE JAGUARIBE



TERMO CIRCUNSTANCIADO DE OCORRÊNCIA N° 472 - 77 / 2017

2º - 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 BR05 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 COMPARCIMENTO
- 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 Buletim 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 BR05 ES de cor vermelha, de placa DCS0445-CE, tendo este se



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGAÇÃO REGIONAL DE JAGUARIPE

04/06/2017

SUCRA

04
Jaguaripe

TERMO CIRCUNSTANCIADO DE OCORRÊNCIA N° 472 - 77 / 2017

envolvido em um acidente de trânsito.

As testemunhas MANOEL 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.

X Luis Felix B. Alcântara

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 : JAGUARIPE, 21 de Junho de 2017

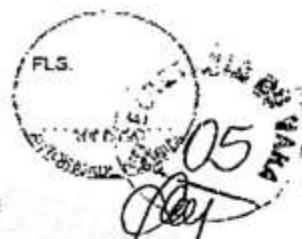
DELEGADO: RAFAEL BIAZI SILVA

MATRÍCULA: 30083717

Recebimento:

LOCAL E DATA: _____ / _____

RECEBEDOR:



TERMO DE COMPROMISSO DE COMPARCIMENTO

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 Circunstaciado 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, HERMANO KLEINER SENA BEZERRA.
Escrivã(o) que o digitou.

DELEGADO(A): Luis Elliot Bandeira

INFRATOR: Luis Elliot Bandeira

1ª TESTEMUNHA:

2ª TESTEMUNHA:

ESCRIVÃ(O): Hermano Kleinner Sena Bezerra

Escrivão de Polícia Civil/CE
Mat.: 133948-1-4

Para maiorclaremamente, informar o tipo de laudo que é apresentado ao cliente no laudo é o tipo que é feito, de acordo com o tipo de laudo que é feito.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

O interessado e preencherá corretamente os dados da vítima e do seu REPRESENTANTE LEGAL "seu representante legal natural". O Representante Legal é responsável pelo que é escrito e assinado.

Caso o menor entre 6 e 16 anos - O Representante Legal é responsável pelo que é escrito e assinado. Apesar de o Representante Legal ser menor de idade, no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal")

Caso o menor entre 16 e 18 anos - neste caso, é necessário que a vítima seja escrita por um Representante Legal (ou, mais raramente), o Representante deve ser assinado pela vítima menor de idade, no campo 1 ("Assinatura da vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Caso o menor menor de idade - Neste caso, é o responsável, apesar de o Representante Legal ser menor de idade, no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo da vítima: EUDILMI FELIX BANDERA	Tel. de vítima: (75) 344.685-99	Data da audiência: 05/09/2016
--	---	---

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA:

Nome completo do Representante Legal: EUDILMI FELIX BANDERA	Tel. do Representante Legal: (75) 344.685-99
Fax:	Sistema EML

Declaro, sob a penit de falso, que sou o representante da vítima e sou o autor do laudo do Instituto Médico Legal (IML) sobre o fato de negligência de interesse do menor (Circular SAMDP 445/11), ante o que:

Respostas para as seguintes questões:

- Não há negligência de fato que envolve a negligência ou omissão ou má conduta negligente, ou:
- O negligenciamento de fato, que envolve a negligência ou má conduta negligente, não causa perigo para a vida ou para a saúde (PMSF), ou:
- O negligenciamento de fato, que envolve a negligência ou má conduta negligente, ou má conduta negligente, que pode causar danos permanentes a terceiros ou danos de morte.

Consoante o disposto da portaria 103/2010 do IML (portaria de instalação do IML), para a elaboração da audiência, preencheram-se os seguintes documentos para verificar a veracidade das suas afirmações, caso em que cada documentação fornecida é encarregada de atestar que a declaração é verdadeira:

- 1º Documento: Declaração de laudo (Circular SAMDP 445/11), formulário elaborado de forma digitalizada, assinado por seu representante legal.
- 2º Documento: Declaração de laudo (Circular SAMDP 445/11), formulário elaborado de forma digitalizada, assinado por seu representante legal.
- 3º Documento: Declaração de laudo (Circular SAMDP 445/11), formulário elaborado de forma digitalizada, assinado por seu representante legal.

Declaro ainda estar ciente de que a auditoria pode ser realizada dentro de 30 dias após a prova, conforme estabelecido na Circular SAMDP 445/11, para verificar se a declaração é verdadeira ou falsa.

2016/09/05 de **junho** de **2016**
Assinado e lido

Nº DO CLIENTE

4908679-0

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

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Verklärino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.849-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

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

Comprovante de residencia



Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Date da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2018	15/01/2018	14/02/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual
51,58	27,00%	13,98	DIC 5,67	11,34	22,68

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 440A.5000.1905.FD85.1820.2071.B908.7275

Alíquota 3,36

Valor do Imposto 0,00

DMIC 3,29

Valor do Imposto 0,00

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,67 11,34 22,68 0,00 0,00 0,00

FIC 3,36 6,72 13,44 0,00 0,00 0,00

DMIC 3,29 6,60 12,80 0,00 0,00 0,00

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,67 11,34 22,68 0,00 0,00 0,00

FIC 3,36 6,72 13,44 0,00 0,00 0,00

DMIC 3,29 6,60 12,80 0,00 0,00 0,00

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,67 11,34 22,68 0,00 0,00 0,00

FIC 3,36 6,72 13,44 0,00 0,00 0,00

DMIC 3,29 6,60 12,80 0,00 0,00 0,00

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,67 11,34 22,68 0,00 0,00 0,00

FIC 3,36 6,72 13,44 0,00 0,00 0,00

DMIC 3,29 6,60 12,80 0,00 0,00 0,00

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,67 11,34 22,68 0,00 0,00 0,00

FIC 3,36 6,72 13,44 0,00 0,00 0,00

DMIC 3,29 6,60 12,80 0,00 0,00 0,00

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,67 11,34 22,68 0,00 0,00 0,00

FIC 3,36 6,72 13,44 0,00 0,00 0,00

DMIC 3,29 6,60 12,80 0,00 0,00 0,00

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,67 11,34 22,68 0,00 0,00 0,00

FIC 3,36 6,72 13,44 0,00 0,00 0,00

DMIC 3,29 6,60 12,80 0,00 0,00 0,00

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,67 11,34 22,68 0,00 0,00 0,00

FIC 3,36 6,72 13,44 0,00 0,00 0,00

DMIC 3,29 6,60 12,80 0,00 0,00 0,00

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,67 11,34 22,68 0,00 0,00 0,00

FIC 3,36 6,72 13,44 0,00 0,00 0,00

DMIC 3,29 6,60 12,80 0,00 0,00 0,00

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,67 11,34 22,68 0,00 0,00 0,00

FIC 3,36 6,72 13,44 0,00 0,00 0,00

DMIC 3,29 6,60 12,80 0,00 0,00 0,00

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,67 11,34 22,68 0,00 0,00 0,00

FIC 3,36 6,72 13,44 0,00 0,00 0,00

DMIC 3,29 6,60 12,80 0,00 0,00 0,00

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,67 11,34 22,68 0,00 0,00 0,00

FIC 3,36 6,72 13,44 0,00 0,00 0,00

DMIC 3,29 6,60 12,80 0,00 0,00 0,00

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,67 11,34 22,68 0,00 0,00 0,00

FIC 3,36 6,72 13,44 0,00 0,00 0,00

DMIC 3,29 6,60 12,80 0,00 0,00 0,00

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,67 11,34 22,68 0,00 0,00 0,00

FIC 3,36 6,72 13,44 0,00 0,00 0,00

DMIC 3,29 6,60 12,80 0,00 0,00 0,00

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,67 11,34 22,68 0,00 0,00 0,00

FIC 3,36 6,72 13,44 0,00 0,00 0,00

DMIC 3,29 6,60 12,80 0,00 0,00 0,00

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,67 11,34 22,68 0,00 0,00 0,00

FIC 3,36 6,72 13,44 0,00 0,00 0,00

DMIC 3,29 6,60 12,80 0,00 0,00 0,00

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,67 11,34 22,68 0,00 0,00 0,00

FIC 3,36 6,72 13,44 0,00 0,00 0,00

DMIC 3,29 6,60 12,80 0,00 0,00 0,00

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,67 11,34 22,68 0,00 0,00 0,00

FIC 3,36 6,72 13,44 0,00 0,00 0,00

DMIC 3,29 6,60 12,80 0,00 0,00 0,00

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,67 11,34 22,68 0,00 0,00 0,00

FIC 3,36 6,72 13,44 0,00 0,00 0,00

DMIC 3,29 6,60 12,80 0,00 0,00 0,00

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

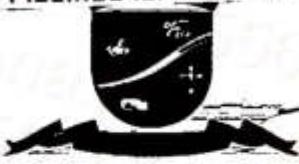
Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

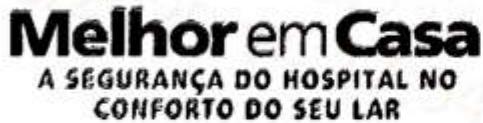
DIC 5,67 11,34 22,68 0,00 0,00 0,00

FIC 3,36 6,72 13,44 0,00 0,00 0,00

DMIC 3,29 6,60 12,80 0,00 0,0



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 Cantidio – 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 Prota

Arte

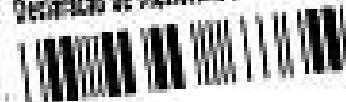
LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Declarado devidamente feito

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 UTI, EM 11/10/2016, FOI TRAQUEOSTOMIZADO (DR JIRAPUAN 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, Jún.
Médico
CRM-CE 14401

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

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

Arte

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Declarado devidamente feito

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 UTI, EM 11/10/2016, FOI TRAQUEOSTOMIZADO (DR JIRAPUAN 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, Jún.
Médico
CRM-CE 14401

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

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

AC de moto



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-60

BR 116 Km 300 - Cruzero - Jaguaribe

Av. Dr. José Otávio
Praça Presidente Vargas, 165
CEP 61323-135 - Jaguaribe

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: Lidivânia Fili e Bandeira
 Sexo: M / A / F / I / Data de Nascimento: 22/04/1978
 Raça/Cor: Pardo CNS: _____
 End. Residencial: Vila do Jangalino
 PSF: Situation

Nome paciente:	Lidivânia Fili e Bandeira	Sexo:	M
Endereço:	Rua das Flores, 123	Nº:	100
Telefone:	(88) 3212-1234	Extensão:	101
CPF:	123.456.789-00	RG:	123.456.789-00
Carteira de Trabalho:	123.456.789-00	Expedição:	01/01/2010

DADOS DA CONSULTA

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

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Perdeu a consciência diante de um acidente viajando de moto, desistindo de entrar em contato com o hospital devido ao medo de encalhe e desmoronar seu rosto, abriu uma ferida na lateral da face, de extensão e profundidade ótima de extensão.
Gengiva 3/4, Pupille dilatada 100% Dilatex, e Grand
Hipótese diagnóstica: Abd Cracete
QCC grave

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

CONDUTA MÉDICA			DIÉTA		
Observação: 6h <input type="checkbox"/>	12h <input type="checkbox"/>	24h <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ZERO	<input type="checkbox"/> LIVRE	<input type="checkbox"/> BRANDA
Transferência <input type="checkbox"/>	Internação <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> LIQUIDA	<input type="checkbox"/> PASTOSA	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Sedação: Midazolam 5mg + ADIV + Fentanyl 2ug + 40% O2
 2. Monitorização: Midazolam 2mg + ST 0,9% 00ul 100ml 20g/min
 3. DOP + Glufrato Sódico 500ml + 10% Dextrosa
 4. ST 0,9% 150ml 100ml/min

Rx: Fazendo: Leônida
 Mês: Setembro
 Ano: 2016

CRM-CE 16782
 CRM-PR 3345

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

④ Ratificação

Nome: Eudimar Xolox Bandeira
D.N.: 30.01.1978
DOC: 54.514 295 - 7



A presente cópia fotostática contém com arregos que me foram feitos Dow Ic Jaguaribe-Ce 08 MAI 2017	
Em testemunha <u>12</u> da verdade <u>Fátima Maria Barbosa</u> Tabellia Valde Semente com o sello de autorização.	



**Estatuto do Coerá
Prefeitura Municipal de Jaguariúba
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL**

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

卷之六

Local de nascimento: 30/12/1980 Municipio de Ribeirão Preto

UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: _____

Nº do Censo: _____ Nome do Cartório: _____

Pólo: _____ **Término:** _____ **Data de Emissão:** _____

© 2001 Prentice-Hall, Inc.

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

INDEPENDENT PERSONS

ANQUELUQUE DIFTERIA HAMSENIASE POLIOMIELITE
 SUGOLA SARAMPO TUBERCULOSE HEPATITE

Serviços de Ribeira

DIABOLISMO SIDA (AIDS) EPILÉPSIA CARDIOPATIA
 ALCOOLISMO ALERGIA TABAGISMO MEMÓRIA
 SWEETES CHAGAS HIPERTENSÃO DIFERENÇA FÍSICA
 ANOREXIA

2. ESTEQUEDAS FAMILIARES

CANCER CARDIOPATIA DIABETES PANSENAISE
 ENCEPSIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE

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

ODD PROGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	ESQUERDO
C/TA	16 46	17 47	18 48	19 49	20 50	21 51	22 52	23 53	24 54	25 55	26 56	27 57	28 58	29 59	30 60	
	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	
	31	32	33	34	35	36	37	38	39	30	31	32	33	34	35	
	71	72	73	74	75	76	77	78	79	70	71	72	73	74	75	
2º EXAME	DIREITO	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	ESQUERDO
C/TA	16 46	17 47	18 48	19 49	20 50	21 51	22 52	23 53	24 54	25 55	26 56	27 57	28 58	29 59	30 60	
	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	
	31	32	33	34	35	36	37	38	39	30	31	32	33	34	35	
	71	72	73	74	75	76	77	78	79	70	71	72	73	74	75	
3º EXAME	DIREITO	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	ESQUERDO
C/TA	16 46	17 47	18 48	19 49	20 50	21 51	22 52	23 53	24 54	25 55	26 56	27 57	28 58	29 59	30 60	
	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	
	31	32	33	34	35	36	37	38	39	30	31	32	33	34	35	
	71	72	73	74	75	76	77	78	79	70	71	72	73	74	75	

ANEXO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CABEÇA / SEMIGÓ	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / ANAMNESE / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
223	CP: AN x 40 Relato de visita clínica: moça de 26 anos, paciente, 39 gms, vitima de sequestro, constiutiva e suspeita com TCE operar a uterina de face. Fisionomia curva da 2 menses menstruado em Fortaleza e desde desembocada vulvica alta e curvada com excreta abundante contundencial. Aquando ultimamente fome e cinturação com urinario.	
	No exame clínico: excreta curvada, abundante, amarelo-creme. Pox SNC e urso de traqueobronquio. Sopro + curva reumática. Exata curvatura e antefaz com a excreta moderada.	
	Refluxo urinário da cavidade vulvar b, D, excreta fétida, ligeira e curvada à C. Apresenta indução das forças e limitações das manomotoras com ronco. Quase que obstrui a urinificação. Apresenta dor na vulva, urinificação curva fúnde com fundo curvado e curvado. Vagina e vulvite. Pox: RR, 21, RUE: 17, poeira. AR: mucosa coroa vulvica clorotada com bairros FR: 19 litros.	
224	CB: (1) Início fisioterapia imediata, posição N. (2) dificuldade de excreta (retalia) (3) vulvite vulvite da Fertilização: 200mg dia 1000mg dia 1º dia (4) + vulvite curva Fortaleza + vulvite + hiperemia (5) Prurido vulvite (6) Prurido vulvite vulvite 5 mg -	

SUS = 398 0005 9224 8356



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome: Eudimai Série: 00000000000000000000000000000000

Sexo: M F

Nascimento: 30/01/78 - Município de Nasc.: Balaião

UF: Ce

N.º do PRS:

UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: 11/11/2010

Nome do Cartório:

Nome: _____ Fólio: _____ Termo: _____ Data de Emissão: _____

Nome do Responsável:

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

- | | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> EXQUELÚCIA | <input type="checkbox"/> DIFTERIA | <input type="checkbox"/> HANSENIASE | <input type="checkbox"/> POLIOMIELITE |
| <input checked="" type="checkbox"/> ENZÓOPLA | <input type="checkbox"/> SARAMPO | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE | <input type="checkbox"/> HERATITE |
| <input type="checkbox"/> TBCS | | | |

ACRAVOS DE RISCO

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO | <input type="checkbox"/> SIDA (AIDS) | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA |
| <input type="checkbox"/> VENTA | <input type="checkbox"/> ALERGIA | <input type="checkbox"/> TABAGISMO | <input type="checkbox"/> HEMOFILIA |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> CHAGAS | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO | <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA FÍSICA |
| <input type="checkbox"/> TBCS | | | |

ANTECEDENTES FAMILIARES

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> CÂNCER | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA | <input type="checkbox"/> DIABETES N ^º 1 100% 100% |
| <input type="checkbox"/> NEFROSE | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO | <input type="checkbox"/> TABAGISMO 0% 0% 0% |
| <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE 0% 0% 0% | | |
| <input type="checkbox"/> CHAGAS 0% 0% 0% | | |
| <input type="checkbox"/> HANSENIASE 0% 0% 0% | | |
| <input type="checkbox"/> HERATITE 0% 0% 0% | | |

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

ODONTOGRAMAS

PERIODO	DIREITO												ESQUERDO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821</

LEGIÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CÍCLICA /
SERVIÇO

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

33/12/13 **Ritvaldo Reis da Silva**
Exs, tomas 2 CP / P dia, diazepam
3 mg, tomas 1 cr a noite.



05/04/14

Realizar visita domiciliar na casa
de paciente esanado, traqueostomizado,
no diretorando por SNE e inicio recente
de alimentação paralha VO. Paciente consciente,
"verbala", movimento os 4 membros e queixa-
se operava de dor no local da escara.
Foi à Fonte Liza onde orientaram retorno
em metade para retirada de traqueostoma.
Não foi mais indicada cirurgia de face.
Dra. iniciou desmarc da ferida com
a foreaudidilogo e fazer fisioterapia
imotora e respiratória.

ACV RR, ST, GNF, 151 respirar

BB: VIV (), com nítidos expandidos

Paciente com amissão e paralisa
do olhar vertical à D.

PA: 150 x 40

Traqueostoma bem recuado e sem flegm.
Escara sacral com tecido de granulação
e em bom processo de cicatrização.

CD: (1) Oriento limpeza / curativo
da escara

(2) Mudança de díscrito
a cada 2 hrs

(3) Solicito TC de crânio

(4) Encaminho os
"Melhor em casa"

(5) Aguardo desmarc
da ferida e
acompanhamento

durante as sessões fisioterápicas.



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

Figura 08/10

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Sexo: M F

Nascimento: 01/01/1980 | Endereço: Rua das Flores, 200 | Bairro: Centro | UF: CE

CPF: 721.123.232 | Número de HAB: _____ | UF: _____ | PIS: _____

Endereço: _____ | UF: _____ | Órgão Emissor: _____ | Data de Emissão: _____

UF: _____ | Nome do Cartório: _____ | Data de Emissão: _____

UF: _____ | Fólio: _____ | Termo: _____ | Data de Emissão: _____

UF: _____ | Nome / Responsável: _____

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> DIFTERIA | <input type="checkbox"/> HANSENIASE | <input type="checkbox"/> POLIOMIELITE |
| <input type="checkbox"/> RUBÉOLA | <input type="checkbox"/> SARAMPO | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE | <input type="checkbox"/> HEPATITE |

OUTROS: _____

2. Agravos de Risco

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO | <input type="checkbox"/> SIDA (AIDS) | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA |
| <input type="checkbox"/> ALIMENTAL | <input type="checkbox"/> ALERGIAS | <input type="checkbox"/> ANEMIA | <input type="checkbox"/> HEMOFILIA |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> CHAGAS | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO PESTA PIGMENTARIA | <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA FÍSICA |

OUTROS: _____

3. Antecedentes Familiares

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> CÂNCER | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA | <input type="checkbox"/> DIABETES | <input checked="" type="checkbox"/> HANSENIASE |
| <input type="checkbox"/> NEUROPSI | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE | <input type="checkbox"/> OUTROS |

OUTROS: _____

DATA	TIPOS	A. PÓLG	TRÍPLICE	A. BARAMP	B. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEbre AMARELA
1º									
2º									
3º									
Ref.									

ODONTOGRAMAS

EXAME	DATA	DIREITO												ESQUERDO												
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	
1º EXAME																										
2º EXAME																										
3º EXAME																										
EXAME	DATA	DIREITO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
EXAME	DATA	DIREITO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36

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

AÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
16/12/15	<p>P.S.: 100 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 internado em Fortaleza e desde dezembro manteve alta e continua com acompanhamento ambulatorial.</p> <p>Aguarda retorno para a cirurgia em março.</p> <p>No momento, encontra-se acamado, desnutrido, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem necrose / flagras.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Repre redução da acuidade visual à D, apresenta piora ligeira e dor ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos um MMT II. Quisicul de insônia.</p> <p>Apresenta ferão mas mádigas com tecido em processo de cicatrização com fundo vermelho súmido e brilhoso.</p> <p>ATV: RR: 27, BNP: 110 ppm. PR: 110 bpm com ondas difusas em bases, FR: 19 bpm.</p> <p>ED: (1) Tratamento fisioterápico motora, peleira R6 dificuldade de acesso (rotina)</p> <p>(2) Remoção recíproca da Fenitoína 100mg 2x/dia</p> <p>(3) Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>(4) Orientações sobre cuidados e higiene.</p> <p>(5) Preservativo Fibras</p> <p>(6) Prescrição de gutamylon 5 mg -</p> <p style="text-align: right;">CREMEP 16.036</p>	

AVALIAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICO / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17	<p>Rihvaldo Picuta da Estrela 03 exs, 70Kg e 1P (P dia, diazepam 5mg, i.v.mor 1 cp a noite)</p> <p style="text-align: center;">10</p>	
05/04/17	<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, por alimentação por SNE e início recente de alimentação parcial VD. Paciente consciente "emboliza", movimento dos 4 membros e queixa- se apenas de dor no local da fixa. Fui à Fonteiga onde orientaram retorno em metade para retirada da traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de fio. Deve iniciar desarranjo da ferida com a laringoaudíloga e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, ZT, BWF, 11 respires PIB: 3000, com rebulos espontâneos Paciente com amimocoria e paralimia do olho vertical à D. PA: 350 x 70 Traqueostoma sem secreção e sem fuga. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p> <p style="text-align: center;">10</p> <p>CD: ① Orientar limpeza / curativo da escara ② Mudança de drenagem a cada 2 hrs ③ Solicitar TC de crânio ④ Encaminhar ao "Milher em casa". ⑤ Aguardar desarranjo da ferida e acompanhamento da laringoaudióloga e fisioterápico.</p> <p style="text-align: center;">10</p>	



Prefeitura de
Porto Alegre

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE

Emissão em 20/04/2017 09:03:37

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUZA

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 20/04/2017 09:03:37

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				DATAS/IDADE:	
CNS: 1040000115990	NOME: EDUARDA FELIX BARROSO	SEXO: FEMININA	MUNICÍPIO: MARATECA	DATA: 20/04/2017	IDADE: 10
CPF: 145.161.100-00	UF: RS	O. PAÍS: BRASIL	ESTADO/CIVIL: SOLTEIRO	UF: RS	PAÍS: Brasil
NOME DA MÃE: MARIA LURDA DA SILVA BARROSO		NOME DO PAI: LUIZ FELIX BARROSO			
TIPO DE LOGradouro:		TIPOLOGIA DO PACIENTE:	VIA/TO/QUADRA:	UF: RS	BAIRRO: Jardim das Flores
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 51-3214-2471	PAUTA/PROBLEMA:	UF: RS	CEP: 90710-000
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
DATA: 10/04/2017	NOME: LUIZ FELIX BARROSO	PARENTESCO: P.F.	TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRÂNSITO					
TIPO DE VÍNCULO:		CÓDIGO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CHAMADA:	
ACOVIDIMENTO E CLASSEFAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta. Acidente de trânsito entre carro, moto, pedestre, resultou no paciente em uma encosta.					
QUEIXAS: VITIMA DE QUITA DE MOTO, COM TOS GRAVE, INTUBADO.					
OBSERVACOES: TRAUMA CRANIOCEFÁLICO, RESPIRAÇÃO PARCIALIZADA.					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Exame de Det: Sono	PROFISSÃO DO ATENDIMENTO: VERMELHO		
ESPECIALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:					
Assinatura:					
Assinatura:					

CONSIDERACOES:	
TEMPO HODISARIO PARA DESCRIÇÃO: DATA: 20/04/2017	
EXAMES COMPLEMENTARES: SOLICITADOS:	
ENCARREGADO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO / ESPECIALISTA:

AC de moto



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-60

BR 116 Km 300 - Cruzero - Jaguaribe

Av. Dr. José Otávio
Praça Presidente Vargas, 165
CEP 61323-135 - Jaguaribe

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: Lidivânia Fili e Bandeira
 Sexo: M / A / F / I / Data de Nascimento: 22/04/1978
 Raça/Cor: Pardo CNS: _____
 End. Residencial: Vila do Jangalino
 PSF: Situation

Nome paciente:	Lidivânia Fili e Bandeira	Sexo:	M
Endereço:	Rua das Flores, 123	Nº:	100
Localidade:	Jaguaribe	UF:	CE
CEP:	61323-135	DDD:	(85)
Telefone:	(85) 3212-1234	Fixo:	Sim

DADOS DA CONSULTA

Data: 05/09/16 Hora da Chegada: 05:00
 Hora do Atendimento: _____

T: PA: 90x60 - t

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Perdeu a consciência diante de um acidente viajando de moto, desistindo de entrar em contato com o hospital devido ao risco de encarceramento, chegou em casa, abriu a porta, sentiu dor lateral, fechou a porta e desmaiou. Utilizou soro fórmico de presente, gelo e 375 mg de paracetamol. Pausa: 10h. Pausa: 10h. Pausa: 10h.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Abd Crise

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

CONDUTA MÉDICA			DIÉTA		
Observação: 6h <input type="checkbox"/>	12h <input type="checkbox"/>	24h <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ZERO	<input type="checkbox"/> LIVRE	<input type="checkbox"/> BRANDA
Transferência <input type="checkbox"/>	Internação <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> LIQUIDA	<input type="checkbox"/> PASTOSA	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Sedação: Midazolam 5mg + ADIV + Fentanyl 2ug + 40% O2
 2. Monitorização: Midazolam 2mg + 5% O2 + 10% CO2 + 20% O2 + 10% N2O + Ventilador Sustento Apneico + P2O2 + Círculo fechado
 3. SAO, 9% (Sobredosagem de oxigênio)

Rx: Fazendo: _____
 Midazolam
 CRÉM-G 16782
 CREM-FRN 2345

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

④ Ratificação

Nome: Eudimar Xolox Bandeira
D.N.: 30.01.1978
DOC: 54.514 295 - 7



A presente cópia fotostática contém com arregos que me foram feitos Data _____ Jaguaribe-Ce 08 MAI 2017	
Em testemunha <u>12</u> da verdade <u>Fátima Maria Barbosa</u> Tabellaria Vulga Sementes com o visto de autorização.	



**Estatuto do Coerá
Prefeitura Municipal de Jaguariúna
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL**

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

卷之六

Local de nascimento: 30/12/1980 Municipio de Ribeirão Preto

UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: _____

Nº do Bloco: _____ Nome do Cartório: _____

Pólo: _____ **Término:** _____ **Data de Emissão:** _____

© 2001 Prentice-Hall, Inc.

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

INDEPENDENT PERSONS

ANQUELUQUE DIFTERIA HAMSENIASE POLIOMIELITE
 SUGOLA SARAMPO TUBERCULOSE HERATITE

Serviços de Ribeira

ALCOOLISMO () SIDA (AIDS) () EPILÉPSIA () CARDIOPATIA
 TABACAL () ALERGIA () TABAGISMO () MEMÓRIA
 DIABETES () CHAGAS () HIPERTENSÃO () DIFERENÇA FÍSICA
 ANOREXIA

2. ESTEQUEDAS FAMILIARES

CÁNCER / CARDIOPATIA / DIABETES ✓ / PANSEMASE
-ENFOLIA / HIPERTENSÃO / TUBERCULOSE

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

© DGTGRAPHICS

1º EXAME	DIREITO	55	56	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	ESQUERDO
	15 46	17 47	10 46	16 46	14 46	13 46	12 46	11 46	21 46	21 46	22 46	23 46	24 46	25 46	
	55	54	52	52	51	51	51	51	51	52	52	53	54	55	
	55	54	52	52	51	51	51	51	51	52	52	53	54	55	
2º EXAME	DIREITO	55	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	ESQUERDO
	15 46	17 47	12 46	13 46	14 46	13 46	12 46	11 46	21 46	21 46	22 46	23 46	24 46	25 46	
	55	54	52	52	51	51	51	51	51	52	52	53	54	55	
	55	54	52	52	51	51	51	51	51	52	52	53	54	55	
3º EXAME	DIREITO	55	54	53	53	52	52	51	51	51	52	52	53	53	ESQUERDO
	15 46	17 47	12 46	13 46	14 46	13 46	12 46	11 46	21 46	21 46	22 46	23 46	24 46	25 46	
	55	54	52	52	51	51	51	51	51	52	52	53	54	55	
	55	54	52	52	51	51	51	51	51	52	52	53	54	55	

ANEXO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CURSO / SEMESTRE	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / ANAMNESE / ASSINATURA
2023	Exame: AN x 10
	Relato da visita clínica: paciente, 39 anos, vítima de sequestro misto - violência sexual.
	com TCE operado, com cicatriz de face. Fisionomia comum, com expressão facial normal.
	Aparência urinária: sangue e cítricos com urinário.
	No exame físico, verificou-se:
	Peso: SNC e urso, de traqueostomia.
	Sopro: SNC e urso, ronco, ligeiro.
	Foto: Vermelha e amarela com eritema moderado.
	Reflexos: indiretos: braço esquerdo: urinário e D, apurados, reflexo tibial: forte e duradouro.
	Reflexos: A: Aparece indireto de forma e amplitude da urina: moderado. Quase que não é apreendido.
	Aparência: Urina: rosa, urinária, com fôrma e consistência com fluido urinário.
	Microscópio: Rendilhado.
	PEV: RR: 21, PNF: 100mmHg.
	PR: 100, cor: urinária, dimensões normais.
	UR: bairros: FR: 19 litros.
	CB: (1) Medicina intensiva.
	Intensiva, paciente: NC.
	(2) dificuldade de urinar (retentiva).
	(2) Retenção urinária: na Fertilização: 200ml dia.
	Medicamentos:
	(1) Fazendo SNC
	(2) Agosto: suspensão - cítricos + urinários com Fertilização.
	(4) Orientação: noite cítricos + hidratante.
	(3) Prosteno: Fálico.
	(5) Prosteno: Fálico.
	CREATED BY

~~505 = 898 0005 9324 8356~~



aguaribe

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Eydinger, ~~Michael~~, ^{Felix} Arentzen
Felix Bardino

Benz M P

10-10-77 Município de Nisse.

UF 4

— 12 de 178 —

UF: 1 Orador Emissor: GGP Data de Emissão: 1/1/2010

Monte do Céu:

— Pothos: _____ Termo: _____ Data de Emissão: _____

Задание: Поменяйте местами слова в предложении.

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

ESTES PESSOAS

DIFTERIA HANSEMASE POLIOMIELITE
 SARAMPO TUBERCULOSE HEPATITE

ACRÁVOS DE RISCO

<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> SIDA (AIDS)	<input type="checkbox"/> EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA
<input type="checkbox"/> MENTAL	<input type="checkbox"/> ALERGIA	<input type="checkbox"/> TABAGISMO	<input type="checkbox"/> HEMOFILIA
<input type="checkbox"/> CHAGAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA FÍSICA	

ANTECEDENTES FAMILIARES

CÂNCER () CARDIOPATIA () DIABETES () HANSENASE
HERCULANAS () HIPERTENSÃO () TUBERCULOSE

COOPERATIVES

LEGIÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CÍCLICA /
SERVIÇO

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

33/12/13 **Ritvaldo Reis da Estrela Costa**
D2 exs, tomas 2 CP / P dia, diazepam
3 mg, tomas 1 cr a noite



05/04/14

Realizar visita domiciliar na casa
de paciente evanescido, traqueostomizado,
sem alimentação por SNE e inicio recente
de alimentação paralisa VO. Paciente consciente,
"verbala", movimento das 4 extremidades e queixa-
r-se operava de dor no local da escara.
Foi à Fonte Lusa onde orientaram retorno
em metade para retirada de traqueostoma.
Não foi mais indicada cirurgia de face.
Dessa vez não dormiu da piora com
a fonoaudióloga e fazer fisioterapia
motora e respiratória.

ACV RR ST, BNF, 151 respirar

BB: VIV (), com nítidos espiradícos

Paciente com amissão e paralisa
do olhar vertical à D.

PA: 350 x 40

Traqueostoma bem recuado e sem flegm.
Escara sacral com tecido de granulação
e em bom processo de cicatrização.

CD: (1) Oriento limpeza / curativo
da escara

(2) Mudança de díscrito
a cada 2 hrs

(3) Solicito TC de crânio

(4) Encaminho os
"Melhor em casa"

(5) Aguardo desmane
da piora e
acompanhamento

... durante as sessões fisioterápicas -

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Sexo: M F

Nascimento: 01/01/1980 | Tel.: 85 3212 2222 | UF: CE

Município de Nasc.: 01/01/1980 | PIS: _____

UF: _____ | Orgão Emissor: _____ | Data de Emissão: _____

Nome do Cartório: _____ | Data de Emissão: _____

Nome: _____ | Fólio: _____ | Termo: _____ | Data de Emissão: _____

RG: _____ | Nome: _____ | Data de Emissão: _____

CPF: _____ | Nome: _____ | Data de Emissão: _____

RG/RG Padrão / Responsável: _____

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

<input type="checkbox"/> COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> DIFTERIA	<input type="checkbox"/> HANSENIASE	<input type="checkbox"/> POLIOMIELITE
<input type="checkbox"/> RUBÉOLA	<input type="checkbox"/> SARAMPO	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/> HEPATITE

OUTROS: _____

2. Agravos de Risco

<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> SIDA (AIDS)	<input type="checkbox"/> HEMOFILIA	<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA
<input type="checkbox"/> ALIMENTAL	<input type="checkbox"/> ALERGIAS	<input type="checkbox"/> HANSENIASE	<input type="checkbox"/> HEMOFILIA
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> CHAGAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA FÍSICA

OUTROS: _____

3. Antecedentes Familiares

<input type="checkbox"/> CÂNCER	<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> HANSENIASE
<input type="checkbox"/> NEUROPSI	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSE	

OUTROS: _____

DATA	TIPOS	A. PÓLG	TRÍPLICE	A. BARAMP	B. C. G.	TT/DT	TRIVIRAL	HEP. B	FEbre AMARELA
1º									
2º									
3º									
Ref.									

ODONTOGRAMAS

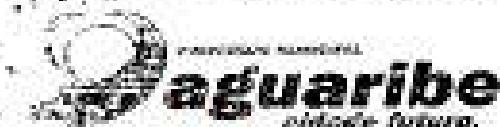
EXAME	DATA	DIREITO												ESQUERDO											
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
2º EXAME	DATA	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
3º EXAME	DATA	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39

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

2. FASE CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
16/10/15	<p>P.S.: 100 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 internado em Fortaleza e desde dezembro manteve alta e continua com acompanhamento ambulatorial.</p> <p>Aguarda retorno para a cirurgia em março.</p> <p>No momento, encontra-se acamado, desnutrido, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem necrose / flagras.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Repre redução da acuidade visual à D, apresenta piora ligeira e dor ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos um MMT II. Quisicul de insônia.</p> <p>Apresenta ferão mas mádigas com tecido em processo de cicatrização com fundo vermelho súmido e brilhoso.</p> <p>ATV: RR: 27, BNP: 110 ppm. PR: 110 bpm com ondas difusas em bases, FR: 19 bpm.</p> <p>ED:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Tratamento fisioterápico motora, peleira R6 dificuldade de acesso (rotina) (2) Remoção recíproca da Fenitoína 100mg 2x/dia (3) Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza (4) Orientações sobre cuidados e higiene. (5) Preservativo Fibras (6) Prescrição de Levetiracetam 5 mg - <p>CREMEP 16.036</p>	

SIS-298 0005 9224 8356



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do paciente: Eulima Félix BahiaSexo: M F Data de Nascimento: 30/01/78UF: CEMunicípio de Nasc.: Natal

Endereço: _____ N.º de RG: _____

Identidade: _____ UF: CE Órgão Emissor: SFP Data de Emissão: _____

Carteira Pto.: _____ Nome do Cartorio: _____

Voto: _____ Folhas: _____ Título: _____ Data de Emissão: _____

Nome da Mãe / Responsável: _____

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

DOENÇAS CRONICAS: _____

DOENÇAS INFECCIOSAS: _____

OUTROS: _____

AGRAVOS DE RISCO

ALCOOLISMO: _____

SIDA (AIDS): _____

TABAGISMO: _____

CARDIOPATIA: _____

ALERGIA: _____

DIABETES MELLITUS: _____

HIPERTENSÃO: _____

HEMOFILIA: _____

DEFICIÊNCIA FÍSICA: _____

OUTROS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

CÂNCER: _____

CARDIOPATIA: _____

DIABETES MELLITUS: _____

TABAGISMO: _____

ALERGIA: _____

Hipersensibilidade: _____

HIPERTENSÃO: _____

HEMOFILIA: _____

DEFICIÊNCIA FÍSICA: _____

OUTROS: _____

Rel.: _____

*Exames antigos e originais
realizados na Prefeitura
de Jaguaripe, o original
pertence à Prefeitura
de Jaguaripe, os exames
anteriores foram realizados
na Prefeitura de São Paulo.*

ODONTOGRAMAS

1º EXAME

DATA:

DIREITO:

18 17 16 15 14 13 12 11

48 47 46 45 44 43 42 41

88 87 86 85 84 83 82 81

80 79 78 77 76 75 74 73

71 70 69 68 67 66 65 64

61 60 59 58 57 56 55 54

53 52 51 50 49 48 47 46

43 42 41 40 39 38 37 36

31 30 29 28 27 26 25 24

21 20 19 18 17 16 15 14

11 10 9 8 7 6 5 4

1 0 1 2 3 4 5 6

7 8 9 10 11 12 13 14

15 16 17 18 19 20 21 22

23 24 25 26 27 28 29 30

31 32 33 34 35 36 37 38

39 40 41 42 43 44 45 46

47 48 49 50 51 52 53 54

55 56 57 58 59 50 51 52

53 54 55 56 57 58 59 50

51 52 53 54 55 56 57 58

59 60 61 62 63 64 65 66

67 68 69 60 61 62 63 64

65 66 67 68 69 60 61 62

63 64 65 66 67 68 69 60

61 62 63 64 65 66 67 68

69 70 71 72 73 74 75 76

77 78 79 70 71 72 73 74

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 79

70 71 72 73 74 75 76 77

78 79 70 71 72 73 74 75

76 77 78 79 70 71 72 73

74 75 76 77 78 79 70 71

72 73 74 75 76 77 78 7

AVALIAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICO / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17	<p>Rihelva Ribeiro da Estrela Soárez D.O ex 5, T2Mai 2 CP (P. dia, diazepam 5 mg, i.v.mor 1 cp a noite)</p> <p style="text-align: center;">10</p>	
05/04/17	<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, por alimentação por SNE e início recente de alimentação parcial VD. Paciente consciente "emboliza", movimento dos 4 membros e queixa- se apenas de dor no local da fixaç. Fui à Fonteiga onde orientaram retorno em setembro para retirada do traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deve iniciar desarranjo da ferida com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, ZT, BWF, 13 respirações ABP: 110/70, com pulsos espontâneos Paciente com amiose e paralimia do lado vertical à D.</p> <p>PA: 130/70</p> <p>Traqueostoma sem secreção e sem fuga. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p> <p style="text-align: center;">CD: ① Orientar limpeza / curativo da escara ② Mudança de drenagem a cada 2 hrs ③ Solicitar TC de crânio ④ Encaminhar ao "Milho em casa". ⑤ Aguardar desarranjo da ferida e acompanhamento da fisioterapeuta.</p> <p style="text-align: center;">10</p> <p><i>Conforme o original conforme consta na preitura assinado</i></p>	



Prefeitura de
Porto Alegre

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE

Emissão em 20/04/2017 09:03:37

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUZA

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 20/04/2017 09:03:37

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				DATAS/IDADE:	
CNS: 1040000115990	NOME: EDUARDA FELIX BARROSO	SEXO: FEMININA	MUNICÍPIO: MARATECA	DATA: 20/04/2017	IDADE: 10
CPF: 416...	UF: PR	O. PAÍS: BRASIL	ESTADO/CIVIL: SOLTEIRO	UF: PR	PAÍS: Brasil
MORTE DA MÃE: MARIA LURDA DA SILVA BARROSO.		MORTE DO PAI: LUIZ FELIX BARROSO.			
TIPO DE LOGradouro:		TIPOLOGIA DO PACIENTE:	VIA DO PACIENTE:	UF: PR	BAIRRO: Jardim das Flores
COMPLEMENTO:		TELEFONE DE CONTACTO:	CPF/CNPJ:	UF: PR	CEP: 80700-000
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL:					
NOME: LUIZ FELIX BARROSO		PARENTESCO: P.F.	TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRÂNSITO:					
TIPO DE VÍNCULO:		CÓDIGO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CHAMADA:	
ACOVIDIMENTO E CLASSEFAÇÃO DE RISCO:					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta. Acidente de trânsito entre carro, moto, pedestre, resultou no paciente em uma encolheria.					
QUADRO: Vítima de batida de moto, com lesões graves, intubado.					
OBSERVAÇÕES: Trauma crânio-encefálico, respiração mecânica.					
LOCAL DA Ocorrência: Área Pública		Estado/UF: Paraná	PROIBIÇÃO DE ATENDIMENTO: VERMELHO		
ESPECIALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:					
Assinatura:					

CONCEITO:	
TEMPO HODISARIO PARA DESCRIÇÃO: DATA:	
EXAMES COMPLEMENTARES: SOLICITADOS:	
ENCARREGADO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO / ESPECIALISTA:



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

Arte

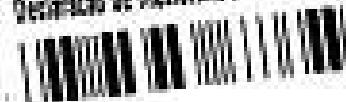
LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Declarado devidamente feito

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 UTI, EM 11/10/2016, FOI TRAQUEOSTOMIZADO (DR JIRAPUAN 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, Jún.
Médico
CRM-CE 14401

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

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

Arte

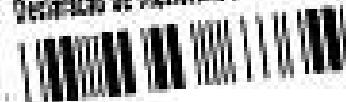
LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Declarado devidamente feito

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 UTI, EM 11/10/2016, FOI TRAQUEOSTOMIZADO (DR JIRAPUAN 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, Jún.
Médico
CRM-CE 14401

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

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIPE

СМВ т: 07-413-7046/01-02

MS. 136.4.1.300 - Gazzetta - 1900-01

SIGLA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

RAMOS DO PACIENTE

Name: Edimara Fili e Bandeira
Sexo: M () F () Data de Nascimento: 30/04/1978
Raça Cor: Parda CNS: _____
End. Residencial: Vila do Jardim
PSE: Eletrobras

Residente da MAT 2017 —

DADOS DA CONSULTA

Date: 05/09/16

Banco do Chocadeiro - 85.60

T: _____
pA: $90 \times 60 - t$

Hora de Atendimento:

QUEIXA PRINCIPAL

SÍNAIS E SINTOMAS

SINAIS E SINTOMAS
Pequena infusão de crocante imprenstado (cox), dor extra
no lado esquerdo com melhora súbita da dor de cossalvez e
desaparecimento da dor, abdome tonto. Palpado TGD pressionado
de dedos e estabilizado. Olhos do paciente
Gengiva: 3/35; Pupila: ^{HIPÓTESE DIAGNÓSTICA} dilatada, é grande
90° graus

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

CONDUTA MEDICA	DIETA
Observação: 6h <input type="checkbox"/> 12h <input type="checkbox"/> 24h <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ZERO <input type="checkbox"/> LIVRE
Transferencia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LIQUIDA <input type="checkbox"/> BRANDA
Internação <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PASTOSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

① Sedapés, Hedera Sunk + ADIV + Fertanil 2ml + 40%
② Musotimus: Hedera 2% + STO 9% Solut 11% Klopfer
③ STO + Venefossa Cane Aplicar + P. O. Limpia
④ STO 9% Solut 11% Cloroformo

Y. T. 1938. 10. 15. 1938

CREMLO 16784
CREMLO 16940

ASSIGNMENT

ASSOCIAÇÃO DA MÉDICA

ASSINATURA DO PACIENTE

④ Ratificação

Nome: Eudimar Xolox Bandeira
D.N.: 30.01.1978
DOC: 54.514 295 - 7



A presente cópia fotostática contém com arregos que me foram feitos Data _____ Jaguaribe-Ce 08 MAI 2017	
Em testemunha <u>12</u> da verdade <u>Fátima Maria Barbosa</u> Tabellaria Vulga Sementes com o visto de autorização.	



**Estatuto do Coerá
Prefeitura Municipal de Jaguariúna
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL**

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

卷之六

Local de nascimento: 30/12/1980 Municipio de Ribeirão Preto

UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: _____

Nº do Bloco: _____ Nome do Cartório: _____

Pólo: _____ **Término:** _____ **Data de Emissão:** _____

© 2001 Prentice-Hall, Inc.

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

INDEPENDENT PERSONS

ANQUELUQUE DIFTERIA HAMSENIASE POLIOMIELITE
 SUGOLA SARAMPO TUBERCULOSE HEPATITE

Serviços de Ribeira

ALCOOLISMO () SIDA (AIDS) () EPILÉPSIA () CARDIOPATIA
 TABACAL () ALERGIA () TABAGISMO () MEMÓRIA
 DIABETES () CHAGAS () HIPERTENSÃO () DIFERENÇA FÍSICA
 ANOREXIA

2. ESTEQUEDAS FAMILIARES

CANCER CARDIOPATIA DIABETES PANSENAISE
 ENCEPSIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE

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

ODD PROGRAMAS

1º EXAME		DIREITO				ESQUERDO				DIREITO				ESQUERDO				DIREITO				ESQUERDO			
DATA		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
		46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69
2º EXAME		DIREITO				ESQUERDO				DIREITO				ESQUERDO				DIREITO				ESQUERDO			
DATA		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
		46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69
3º EXAME		DIREITO				ESQUERDO				DIREITO				ESQUERDO				DIREITO				ESQUERDO			
DATA		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
		46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69

3.1.13.01-01 Os serviços encontram-se em funcionamento e seriam realizados:

SILVIA CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLASSICA SERVICO		HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
1.2273		<p>P. AN x 70</p> <p>Nelipa é de clareza desnubilada, mo- caça de paciente, 39 anos, vítima de sedentário imotociliárico, tabagista com TCE grave, e humor de desprendimento vacuado, alta e contínua com exampas brancas e cintilantes. Aquecida intollerante para o cirurgião em vaga.</p> <p>No exame físico, concentra-se ocorrência diurna, duração, am. abundância. Peso SNC e urto, dt. oligoquercônico limpo e perna flexão / Margaret Está comovendo e ameaçado com a exame médico.</p> <p>Rebaixada indução da escuridão, vibrar a D, apreensão forte, ligeira e duradoura ocular à C. Apresenta indução da força e limitação da mobilidade sem ron. II. Quântica de dorção presente. Rebaixada para indagações com fundo em paciente de histórico com grande estresse vibração e rolores.</p> <p>ACU: RE, IR, RUE, e reflexos AR: muc, com unhas elencadas sem bairros FR: 19 ipm.</p>	
		<p>CB: (1) Jardine frastugia mistura, pausando, P.R. significativa preferencial preferencial</p> <p>(2) Remoção vacuada da fistula. 100mg/dia</p> <p>(3) fistula SNC</p> <p>(4) Aquecida frapontocônia-clivagem e metacônia em Fontaluga e hiperemia</p> <p>(5) Pneumonia Fabucam</p> <p>(6) Pneumonia Fabucam 5 ma-</p>	

SUS = 398 0005 9224 8356



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome: Eudimai Série: 00000000000000000000000000000000

Sexo: M F

Nascimento: 30/01/78 - Município de Nasc.: Balaião

UF: Ce

N.º do PRS:

UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: 11/11/2010

Nome do Cartório:

Nome: _____ Fólio: _____ Termo: _____ Data de Emissão: _____

Nome do Responsável:

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

- | | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> EXQUELÚCIA | <input type="checkbox"/> DIFTERIA | <input type="checkbox"/> HANSENIASE | <input type="checkbox"/> POLIOMIELITE |
| <input checked="" type="checkbox"/> ENFÉMIA | <input type="checkbox"/> SARAMPO | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE | <input type="checkbox"/> HERATITE |
| <input type="checkbox"/> TBC | | | |

ACRAVOS DE RISCO

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO | <input type="checkbox"/> SIDA (AIDS) | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA |
| <input type="checkbox"/> VENTA | <input type="checkbox"/> ALERGIA | <input type="checkbox"/> TABAGISMO | <input type="checkbox"/> HEMOFILIA |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> CHAGAS | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO | <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA FÍSICA |
| <input type="checkbox"/> TBC | | | |

ANTECEDENTES FAMILIARES

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CÂNCER | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA | <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> VÍTICO |
| <input type="checkbox"/> NEFROSE | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO | <input type="checkbox"/> TABAGISMO | <input type="checkbox"/> HANSENIASE |
| <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE | | | |
| <input type="checkbox"/> CHAGAS | | | |
| <input type="checkbox"/> SIDA | | | |

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

ODONTOGRAMAS

PERIODO	DIREITO												ESQUERDO											
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35

LEGIÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CÍCLICA /
SERVIÇO

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

33/12/13 **Ritvaldo Reis da Estrela Costa**
D2 exs, tomas 2 CP / P dia, diazepam
3 mg, tomas 1 cr a noite



05/04/14

Realizar visita domiciliar na casa
de paciente evanescido, traqueostomizado,
sem alimentação por SNE e inicio recente
de alimentação paralisa VO. Paciente consciente,
"verbala", movimento das 4 extremidades e queixa-
r-se operava de dor no local da escara.
Foi à Fonte Lusa onde orientaram retorno
em metade para retirada de traqueostoma.
Não foi mais indicada cirurgia de face.
Dessa vez não dormiu da piora com
a fonoaudióloga e fazer fisioterapia
motora e respiratória.

ACV RR ST, BNF, 151 respirar

BB: VIV (), com nítidos espiradícos

Paciente com amissão e paralisa
do olhar vertical à D.

PA: 350 x 40

Traqueostoma bem recuado e sem flegm.
Escara sacral com tecido de granulação
e em bom processo de cicatrização.

CD: (1) Oriento limpeza / curativo
da escara

(2) Mudança de díscrito
a cada 2 hrs

(3) Solicito TC de crânio

(4) Encaminho os
"Melhor em casa"

(5) Aguardo desmane
da piora e
acompanhamento

... durante as sessões fisioterápicas -



**Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaripe
Prefeitura Municipal de Saude - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL**

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Score: E

卷之三

100% Green Energy | Photo: derStandard.at

UF: Agro-Educação Data da Entrega: _____

Nome do Cartorio: _____

Folheto: _____ **Termo:** _____ **Data de Emissão:** _____

LER IDÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANADIMESE

ANPECEDENTES PESSOAIS

COQUELUCHE DIFTERIA HANSENASE POLIOMIELITE
 SÍFILIS SARAPMO TUBERCULOSE HEPATITE

THE PRACTICAL USE OF THE COMPUTER IN THE FIELD OF POLYMER PHYSICS

ALCOOLISMO SIDA (AIDS) ENFERMEDAD CARDIOPATIA
 DENTAL ALERGIAS ENFERMEDAD HEMOFILIA
 DIABETES LESIONES ENFERMEDAD DE COLESTEROL

BRASIL NEU / CHACAS / AMERIKAISCHE STADT + GÖTTINNEN

2. AGENCEMENT FAMILIERS

CANCER CARDIOPATIA DIABETES 
 HEPATITIS HISTOPLASMOSIS TUBERCULOSE  HIV/AIDS PANSENAISE

REMOVING THE
IMPERFECTIVE
INDEFINITE USE

ПРОГРАММА

1º EXAME	DATA	DIREITO	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	ESQUERDO
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
2º EXAME	DATA	DIREITO	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	ESQUERDO
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
3º EXAME	DATA	DIREITO	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	ESQUERDO
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	

À esquerda em azul serviços encontrados, em vermelho os serviços a serem realizados

AÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
16/12/15	<p>P.S.: 100 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 internado em Fortaleza e desde dezembro manteve alta e continua com acompanhamento ambulatorial.</p> <p>Aguarda retorno para a cirurgia em março.</p> <p>No momento, encontra-se acamado, desnutrido, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem necrose / flagras.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Repre redução da acuidade visual à D, apresenta piora ligeira e dor ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos um MMT II. Quisicul de insônia.</p> <p>Apresenta ferão mas mádigas com tecido em processo de cicatrização com fundo vermelho súmido e brilhoso.</p> <p>ATV: RR: 27, BNP: 150 ppm. PR: 110 com ondas difusas em bases, FR: 19 bpm.</p> <p>ED: (1) Tratamento fisioterápico motora, peleira R6 dificuldade de acesso (rotina)</p> <p>(2) Remoção recíproca da Fenitoína 100 mg 2/dia para SNE</p> <p>(3) Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>(4) Orientações sobre cuidados e higiene.</p> <p>(5) Preservativo Fibras</p> <p>(6) Prescrição de gutamylon 5 mg -</p> <p style="text-align: right;">CREMEP 16.036</p>	

AVALIAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICO / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17	<p>Rihelva Ribeiro da Estrela Soárez D.O ex 5, T2Mai 2 CP (P. dia, diazepam 5 mg, i.v.mor 1 cp a noite)</p> <p style="text-align: center;">10</p>	
05/04/17	<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, por alimentação por SNE e início recente de alimentação parcial VD. Paciente consciente "emboliza", movimento dos 4 membros e queixa- se apenas de dor no local da fixa. Fui à Fonteiga onde orientaram retorno em metade para retirada da traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de fio. Deve iniciar desarranjo da ferida com a laringoaudíloga e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, ZT, BWF, 13 respirações ABP: 110/70, com pulsos espontâneos Paciente com amimocoria e paralimia do olho vertical à D. PA: 350 x 70 Traqueostoma sem secreção e sem fuga. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p> <p style="text-align: center;">10</p> <p>CD: ① Orientar limpeza / curativo da escara ② Mudança de drenagem a cada 2 hrs ③ Solicitar TC de crânio ④ Encaminhar ao "Milher em casa". ⑤ Aguardar desarranjo da ferida e acompanhamento da laringoaudióloga e fisioterápico.</p> <p style="text-align: center;">10</p>	



Prefeitura de
Porto Alegre

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE

Emissão em 20/04/2017 09:03:37

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUZA

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 20/04/2017 09:03:37

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				DATAS/IDADE:	
CNS: 1040000115990	NOME: EDUARDA FELIX BARROSO	SEXO: FEMININA	MUNICÍPIO: MARATECA	DATA: 20/04/2017	IDADE: 10
CPF: 145.111.111-11	D. NASC: 20/04/2007	ESTADO/CIVIL: SOLTEIRO	UF: RS	RAZÃO: Pessoal	
MORADA: MARIA LURDA DA SILVA BARROSO		MORÉ DO PAI: LUIZ FELIX BARROSO			
TIPO DE LOGradouro:		PROFISSÃO DO PACIENTE: VENDEDOR	UF: RS	ENDERECO: Rua Paula	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 51-3214-2471	PROFISSÃO: ANGOLAR	UF: RS	CEP: 90170-000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
DATA: 10/04/2017	PARENTESCO: P.M.	TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRABALHO:					
TIPO DE ACIDENTE:	CARGO DO EMPREGADO:	CRMV DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CRIME:		
ACOPLAMENTO E CLASSEFAÇÃO DE RISCO:					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta. Acidente de trânsito entre duas motos. Ambas caiaram, resultando no paciente ter uma fratura.					
QUADRO: VITIMA DE QUITA DE MOTO, COM FOS GRAVE, INTUBADA.					
OBSERVACOES: TRAUMA CRANIOCEFÁLICO. RESPERAÇÃO PARCIALIZADA.					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Exame de Det: Sem Det	PROVISÓRIA DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
ESPECIALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:					
Assinatura:					

CONSIDERACOES:	
TEMPO HODISARIO PARA DESCRIÇÃO:	<i>DATA</i>
EXAMENES COMPLEMENTARES: SOLICITADOS:	<i>DATA</i>
ENCARREGADO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO / ESPECIALISTA:



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIPE

CHINESE LIBRARY

BR 116 Km 300 - Cruzado - Japaratuba

EICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: Indicar Filiq. Bandeira
Sexo: M () F () Data de Nascimento: 30/04/1978
Raça Cor: Pardo CNS: _____
End. Residencial: Vila nova jardim
PSF: Euclima

Francesca DA MELLO

DADOS DA CONSULTA

Date: 05.09.16

Hora da Chegada: 05:00

T: PA. 90 x 60 - th

Hora de Atendimento:

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

SINAIS E SINTOMAS
Pequena infusão de crocante imprenstado (cox), dor extra
no lado esquerdo com melhora súbita da dor de cossalvez e
desaparecimento da dor, abdome tonto. Palpado TGD pressionado
de dedos e estabilizado. Olhos do paciente
vermelhos; pupila dilatada. Pupilas, e fundo
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA Abd distendido
90° graus

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

CONDUTA MÉDICA			DIÉTA		
Observação: 6h <input type="checkbox"/>	12h <input type="checkbox"/>	24h <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ZERO	<input type="checkbox"/> LIVRE	
Transferência <input type="checkbox"/>	Internação <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> LIQUIDA	<input type="checkbox"/> BRANDA	
			<input type="checkbox"/> PASTOSA		

PRESCRIÇÃO MÉDICA

① Sedapés, Hedera Sunk + ADIV + Fenzluk 2nd + ADIV
② Musotomas: Hedera 2nd + STAG% Sunk II. Körpere
③ ST + Venefossa Cane Apulei + P. Chrysos
④ STAG% (Sunk) U. Copeus (Cane)

www.mechanika.com

• 100% recyclable

SEARCHED INDEXED

ISBN 2-940

ASSIGNMENT

• 100 •

Digitized by srujanika@gmail.com

ASSINATURA DO MÉDICO

ASGINA TURMA DO PACIENTE

④ Ratificação

Nome: Eudimar Xolox Bandeira
D.N.: 30.01.1978
DOC: 54.514 295 - 7



A presente cópia fotostática contém com arregos que me foram feitos Dow Ic Jaguaribe-Ce 08 MAI 2017	
Em testemunha <u>12</u> da verdade <u>Fátima Maria Barbosa</u> Tabellia Valde Semente com o sello de autorização.	



**Estatuto do Coerá
Prefeitura Municipal de Jaguariúna
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL**

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

卷之六

Local de nascimento: 30/12/1980 Municipio de Ribeirão Preto

UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: _____

Nº do Bloco: _____ Nome do Cartório: _____

Pólo: _____ **Término:** _____ **Data de Emissão:** _____

© 2001 Prentice-Hall, Inc.

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

INDEPENDENT PERSONS

ANQUELUQUE DIFTERIA HAMSENIASE POLIOMIELITE
 SUGOLA SARAMPO TUBERCULOSE HEPATITE

Serviços de Ribeira

ALCOOLISMO () SIDA (AIDS) () EPILÉPSIA () CARDIOPATIA
 TABACAL () ALERGIA () TABAGISMO () MEMÓRIA
 DIABETES () CHAGAS () HIPERTENSÃO () DIFERENÇA FÍSICA
 ANOREXIA

2. ESTEQUEDAS FAMILIARES

CANCER CARDIOPATIA DIABETES PANSENAISE
 ENCEPSIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE

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

ODD PROGRAMS

1º EXAME	DIREITO	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	ESQUERDO
C/TA	16 46	17 47	18 48	19 49	20 50	21 51	22 52	23 53	24 54	25 55	26 56	27 57	28 58	29 59	30 60	
	31	32	33	34	35	36	37	38	39	30	31	32	33	34	35	
	71	72	73	74	75	76	77	78	79	70	71	72	73	74	75	
2º EXAME	DIREITO	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	ESQUERDO
C/TA	16 46	17 47	18 48	19 49	20 50	21 51	22 52	23 53	24 54	25 55	26 56	27 57	28 58	29 59	30 60	
	31	32	33	34	35	36	37	38	39	30	31	32	33	34	35	
	71	72	73	74	75	76	77	78	79	70	71	72	73	74	75	
3º EXAME	DIREITO	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	ESQUERDO
C/TA	16 46	17 47	18 48	19 49	20 50	21 51	22 52	23 53	24 54	25 55	26 56	27 57	28 58	29 59	30 60	
	31	32	33	34	35	36	37	38	39	30	31	32	33	34	35	
	71	72	73	74	75	76	77	78	79	70	71	72	73	74	75	

3.1.13.01-01 Os serviços encontram-se em funcionamento os serviços e seriam realizados.

SILVIA CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

LEGIÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CÍCLICA /
SERVIÇO

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

33/12/13 Lihailo Rezende da Estrela Sandoval
D2 exs, tomas 2 CP 1 P dia, diazepam
3 mg, tomas 1 cr a noite



05/04/14

Realizar visita domiciliar na casa
do paciente esanado, traqueostomizado,
no dia contendo por 3NE + inicio recente
de alimentação paralisa VO. Paciente consciente,
"verbala", movimento das 4 extremidades e queixa-
r-se operava de dor no local da escara.
Foi à Fortaleza onde orientaram retorno
em metade para retirada de traqueostoma.
Não foi mais indicada cirurgia de face.
Dessa vez com auxílio da fisioterapeuta
audióloga e fazer fisioterapia
motora e respiratória.

ACV RR ST, BNF, 151 respirar

BB: VIV (), com nítidos estenôdicos

Paciente com amissão e paralisa
do olhar vertical à D.

PA: 350 x 40

Traqueostoma bem recuado e não flegom.
Escara sacral com tecido de granulação
e em bom processo de cicatrização.

CD: (1) Orienta limpeza / curativo
da escara

(2) Mudança de díscrito
a cada 2 hrs

(3) Solicita TC de crânio

(4) Encaminha os
"Melhor em casa"

(5) Aguarda desmane
da ferida e
acompanhamento

durante 1000 dias fisioterápico -

AÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
16/12/15	<p>P.S.: 100 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 internado em Fortaleza e desde dezembro manteve alta e continua com acompanhamento ambulatorial.</p> <p>Aguarda retorno para a cirurgia em março.</p> <p>No momento, encontra-se acamado, desnutrido, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem necrose / flagras.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Repre redução da acuidade visual à D, apresenta piora ligeira e dor ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos um MMT II. Quisicul de insônia.</p> <p>Apresenta ferão mas mádigas com tecido em processo de cicatrização com fundo vermelho súmido e brilhoso.</p> <p>ATV: RR: 27, BNP: 110 ppm. PR: 110 bpm com ondas difusas em bases, FR: 19 bpm.</p> <p>ED: (1) Tratamento fisioterápico motora, peleira R6 dificuldade de acesso (rotina)</p> <p>(2) Remoção recíproca da Fenitoína 100 mg 2x/dia</p> <p>(3) Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>(4) Orientações sobre cuidados e higiene.</p> <p>(5) Preservativo Fibras</p> <p>(6) Prescrição de gutamylon 5 mg -</p> <p style="text-align: right;">CREMEP 16.036</p>	

AVALIAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17	<p>Rihelva Ribeiro da Estrela Soárez Dd exs, TDMR 2 ep (P dia, diazepam 5 mg, ioman 1 cp a noite)</p> <p style="text-align: center;">10</p>	
05/04/17	<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, por alimentação por SNE e início recente de alimentação paralela VD. Paciente consciente "emboliza", movimento dos 4 membros e queixa- se apenas de dor no local da fixa. Fui à Fonteiga onde orientaram retorno em setembro para retirada do traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deve iniciar desarranjo da ferida com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, ZT, BWF, 11 respires ABP: 110/70, com pulsos espontâneos Paciente com amiose e paralimia do olho vertical à D. PA: 350 x 70 Traqueostoma sem secreção e sem fuga. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p> <p style="text-align: center;">10</p> <p>CD: ① Orientar limpeza / curativo da escara ② Mudança de drenagem a cada 2 hrs ③ Solicitar TC de crânio ④ Encaminhar ao "Milher em casa". ⑤ Aguardar desarranjo da ferida e acompanhamento da fisioterapeuta.</p> <p style="text-align: center;">10</p>	



Prefeitura de
Porto Alegre

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE

Emissão em 20/04/2017 09:03:37

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUZA

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 20/04/2017 09:03:37

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				DATAS/IDADE:	
CNS: 1040000115990	NOME: EDUARDA FELIX BARROSO	SEXO: FEMININA	MUNICÍPIO: MARATECA	DATA: 20/04/2017	IDADE: 10
CPF: 145.161.000-00	UF: RS	O. PAÍS: BRASIL	ESTADO/CIVIL: SOLTEIRO	UF: RS	PAÍS: Brasil
NOME DA MÃE: MARIA LURDA DA SILVA BARROSO		NOME DO PAI: LUIZ FELIX BARROSO			
TIPO DE LOGradouro:		TIPOLOGIA DO PACIENTE:	VIA/TO/QUADRA:	UF: RS	BAIRRO: Jardim das Flores
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 51-3214-2471	PROFISSÃO: ANGOLANESE	UF: RS	CEP: 90710-000	EMAIL: E-mail
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
DATA: 10/04/2017	PARENTESCO: P/M	TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRÂNSITO					
TIPO DE VÍNCULO:	CÓDIGO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CHAMADA:		
ACOVIDIMENTO E CLASSEFAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta. Acidente de trânsito entre carro, moto, pedestre, resultou no paciente em uma encolheria.					
QUEIXAS: VITIMA DE QUITA DE MOTO, COM TOS GRAVE, INTUBADA.					
OBSERVADORES: TRAUMA CRANIOCEFÁLICO, RESPIRAÇÃO PARCELA.					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Exame de Det: Sono	PROVISÓRIA DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
ESPECIALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:					
Assinatura:					

CONSIDERANDO:	
TEMPO HODISARIO PARA DESCRIÇÃO:	DATA:
EXAMES COMPLEMENTARES: SOLICITADOS:	
ENCARREGADO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO / ESPECIALISTA:



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

Arte

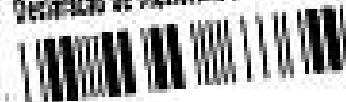
LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Declarado devidamente feito

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 UTI, EM 11/10/2016, FOI TRAQUEOSTOMIZADO (DR JIRAPUAN 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, Jún.
Médico
CRM-CE 14401

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

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

Arte

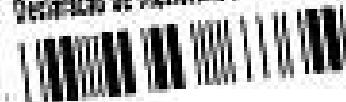
LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Declarado devidamente feito

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 UTI, EM 11/10/2016, FOI TRAQUEOSTOMIZADO (DR JIRAPUAN 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, Jún.
Médico
CRM-CE 14401

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

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

AC de moto



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-60

BR 116 Km 300 - Cruzero - Jaguaribe

Av. Dr. José Otávio
Praça Presidente Vargas, 666
CEP 62132-129 - Jaguaribe

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: Lidivânia Fili e Bandeira
 Sexo: M / A / F / I / Data de Nascimento: 22/04/1978
 Raça/Cor: Pardo CNS: _____
 End. Residencial: Vila do Jangalino
 PSF: Situation

Nome paciente:	Lidivânia Fili e Bandeira	Sexo:	M
Endereço:	Rua das Flores, 123	Nº:	100
Telefone:	(88) 3212-1234	Extensão:	101
CPF:	123.456.789-00	RG:	123.456.789-00
Carteira de Trabalho:	123.456.789-00	Expedição:	01/01/2010

DADOS DA CONSULTA

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

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Perdeu a consciência diante de um acidente viajando de moto, desistindo de entrar em contato com o hospital devido ao medo de encalhe e desmoronar seu rosto, abriu uma ferida na lateral da face, de extensão e profundidade ótima de extensão.
Gengiva 3/4, Pupille dilatada 100% Dilatex, e Grand
Hipótese diagnóstica: Abd Cracete
QCC grave

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

CONDUTA MÉDICA			DIÉTA		
Observação: 6h <input type="checkbox"/>	12h <input type="checkbox"/>	24h <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ZERO	<input type="checkbox"/> LIVRE	<input type="checkbox"/> BRANDA
Transferência <input type="checkbox"/>	Internação <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> LIQUIDA	<input type="checkbox"/> PASTOSA	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Sedação: Midazolam 5mg + ADIV + Fentanyl 2ug + 40% O2
 2. Monitorização: Midazolam 2mg + ST 0,9% 00ul/min 20g/min
 3. DOP + Glufrato Sódico 500ml + 10% Dextrosa
 4. ST 0,9% 00ul/min 60g/min

Rx: Fazendo: anestesia
 Mídol 00
 Cremec 16782
 Cremec 2345

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

④ Ratificação

Nome: Eudimar Xolox Bandeira
D.N.: 30.01.1978
DOC: 54.514 295 - 7



A presente cópia fotostática contém com arregos que me foram feitos Dow Ic Jaguaribe-Ce 08 MAI 2017	
Em testemunha <u>12</u> da verdade <u>Fátima Maria Barbosa</u> Tabellia Valde Semente com o sello de autorização.	

SILVIA CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICO	HISTÓRICO EXAME FÍSICO/EXAMENOS/EVOLUÇÃO	ASSINATURA
20/07/23	Relato de exame clínico da casa de paciente, 39 anos, vitima de acidente motoeletrostico subindo com TCE sobre a lona de jaca. Ficou caia da 2 mipes informado em Fortaleza e desde despertou na cama alta e continua com desmaios recorrentes contundentes	
Aguada Unifor	para o exame	
CRM	No exame visto, verificou-se encardia dilatada, am. edematoso.	
PACU SNC	e urgo de choque sistêmico. Diagnó e com retenção / hiperemia Está consciente e intelecto com a orientação	
PACU	Repeti indagações da história, inclui- a h. agudamente piorar há 2 dias oculos à C. Apresenta indagação de força e simultânea de memória	
URM	mem. com II. Querer de abordar pensante. Júlio com evolução certa. Júlio com pensamento de orientação e realidade	
URM	vídeo com pensamento ramalho PACU: RE, IR, RNF e progresso	
URM	URM: RUM com unidade dinâmica	
CB	(1) Imagem fristografia misofonia, risadas. Né	
URM		

SUS = 398 0005 9224 8356



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome: Eudimai Série: 00000000000000000000000000000000

Sexo: M F

Nascimento: 30/01/78 - Município de Nasc.: Balaião

UF: Ce

N.º do PRS:

UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: 11/11/2010

Nome do Cartório:

Nome: _____ Fólio: _____ Termo: _____ Data de Emissão: _____

Nome do Responsável:

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

- | | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> EXQUELÚCIA | <input type="checkbox"/> DIFTERIA | <input type="checkbox"/> HANSENIASE | <input type="checkbox"/> POLIOMIELITE |
| <input checked="" type="checkbox"/> ENZÓOPLA | <input type="checkbox"/> SARAMPO | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE | <input type="checkbox"/> HERATITE |
| <input type="checkbox"/> TBCS | | | |

ACRAVOS DE RISCO

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO | <input type="checkbox"/> SIDA (AIDS) | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA |
| <input type="checkbox"/> VENTA | <input type="checkbox"/> ALERGIA | <input type="checkbox"/> TABAGISMO | <input type="checkbox"/> HEMOFILIA |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> CHAGAS | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO | <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA FÍSICA |
| <input type="checkbox"/> TBCS | | | |

ANTECEDENTES FAMILIARES

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> CÂNCER | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA | <input type="checkbox"/> DIABETES N ^º 1 100% 100% |
| <input type="checkbox"/> NEFROSE | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO | <input type="checkbox"/> TABAGISMO 0% 0% 0% |
| <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE 0% 0% 0% | | |
| <input type="checkbox"/> CHAGAS 0% 0% 0% | | |
| <input type="checkbox"/> HANSENIASE 0% 0% 0% | | |
| <input type="checkbox"/> HERATITE 0% 0% 0% | | |

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

ODONTOGRAMAS

PERÍODO	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
---------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

LEGIÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CÍCLICA /
SERVIÇO

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

33/12/13 Lihailo Rezende da Estrela Sandoval
D2 exs, tomas 2 CP / P dia, diazepam
3 mg, tomas 1 cr a noite



05/04/14

Realizar visita domiciliar na casa
do paciente esanado, traqueostomizado,
no dia contendo por 3NE + inicio recente
de alimentação paralisa VO. Paciente consciente,
"verbala", movimento das 4 extremidades e queixa-
r-se operava de dor no local da escara.
Foi à Fortaleza onde orientaram retorno
em metade para retirada de traqueostoma.
Não foi mais indicada cirurgia de face.
Dessa vez com auxílio da fisioterapeuta
audióloga e fazer fisioterapia
motora e respiratória.

ACV RR, ST, GNF, 151 respirar

BB: VIV (), com nítidos estenôdicos

Paciente com amissão e paralisa
do olhar vertical à D.

PA: 350 x 40

Traqueostoma bem recuado e não flegom.
Escara sacral com tecido de granulação
e em bom processo de cicatrização.

CD: (1) Orienta limpeza / curativo
da escara

(2) Mudança de díscrito
a cada 2 hrs

(3) Solicita TC de crânio

(4) Encaminha os
"Melhor em casa"

(5) Aguarda desmane
da ferida e
acompanhamento

durante 1000 dias fisioterápico -

AÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
16/12/15	<p>P.S.: 100 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 internado em Fortaleza e desde dezembro manteve alta e continua com acompanhamento ambulatorial.</p> <p>Aguarda retorno para a cirurgia em março.</p> <p>No momento, encontra-se acamado, desnutrido, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem necrose / flagras.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Repre redução da acuidade visual à D, apresenta piora ligeira e dor ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos um MMT II. Quisitado de insônia.</p> <p>Apresenta ferão mas mádigas com tecido em processo de cicatrização com fundo vermelho súmido e brilhoso.</p> <p>ATV: RR: 27, BNP: 110 ppm. PR: 110 bpm com ondas difusas em bases, FR: 19 bpm.</p> <p>ED: (1) Tratamento fisioterápico motora, peleira R6 dificuldade de acesso (rotina)</p> <p>(2) Remoção recíproca da Fenitoína 100mg 2x/dia</p> <p>(3) Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>(4) Orientações sobre cuidados e higiene.</p> <p>(5) Preservativo Fibras</p> <p>(6) Prescrição de gutamylon 5 mg -</p> <p style="text-align: right;">CREMEP 16.036</p>	

AVALIAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17	<p>Rihelva Ribeiro da Estrela Soárez D.O ex 5, T2Mai 2 CP (P. dia, diazepam 5 mg, i.v.mor 1 cp a noite)</p> <p style="text-align: center;">10</p>	
05/04/17	<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, por alimentação por SNE e início recente de alimentação parcial VD. Paciente consciente "emboliza", movimento dos 4 membros e queixa- se apenas de dor no local da fixa. Fui à Fonteiga onde orientaram retorno em metade para retirada da traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de fio. Deve iniciar desarranjo da ferida com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, ZT, BWF, 13 respirações ABP: 110/70, com pulsos espontâneos Paciente com amimocoria e paralimia do olho vertical à D. PA: 350 x 70 Traqueostoma sem secreção e sem fuga. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p> <p style="text-align: center;">10</p> <p>CD: ① Orientar limpeza / curativo da escara ② Mudança de drenagem a cada 2 hrs ③ Solicitar TC de crânio ④ Encaminhar ao "Milher em casa". ⑤ Aguardar desarranjo da ferida e acompanhamento da fisioterapeuta.</p> <p style="text-align: center;">10</p>	



Prefeitura de
Porto Alegre

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE

Emissão em 20/04/2017 09:03:37

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUZA

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 20/04/2017 09:03:37

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				DATAS/IDADE:	
CNS: 1040000115990	NOME: EDUARDA FELIX BARROSO	SEXO: FEMININA	MUNICÍPIO: MARATECA	DATA: 00/00/0000	IDADE: 00
CPF: 045.111.111-11	UF: PR	O. PAÍS: BRASIL	ESTADO/CIVIL: SOLTEIRO	UF: PR	PAÍS: Brasil
NOME DA MÃE: MARIA LURDA DA SILVA BARROSO		NOME DO PAI: LUIZ FELIX BARROSO			
TIPO DE LOGradouro:		TIPOLOGIA DO PACIENTE:	VIA/TO/QUADRA:	UF: PR	BAIRRO: Jardim das Flores
COMPLEMENTO:	TELEFONE: (41) 3242-1212	PAUTA/PROBLEMA:	UF: PR	CEP: 80700-000	BAIRRO: Jardim das Flores
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
DATA: 10/04/2017	PARENTES/FGV:	TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRÂNSITO					
TIPO DE VÍNCULO:	CÓDIGO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CHAMADA:		
ACOVIDIMENTO E CLASSEFAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta. Acidente de trânsito entre carro, moto, pedestre, resultou no paciente em uma encosta.					
QUEIXAS: VITIMA DE QUITA DE MOTO, COM TOS GRAVE, INTUBADO.					
OBSERVADORES: TRAJANO CRAMOIS/DEPARTAMENTO DE OPERAÇÃO HOSPITALAR					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Exame de Det: Sono	PROVISÃO DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
ESPECIALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:					
Assinatura:					

CONSIDERANDO	
TEMPO HODÓSSARIO PARA DESCRIÇÃO:	DATA:
EXAMES COMPLEMENTARES: SOLICITADOS:	
ENCARREGADO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO / ESPECIALISTA:



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIPE

CHRF: 07-443-7043001-61

BR 216 Km 300 - Cruzeiro - Jaguaribe

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Name: Jardim da Eli e Bandeira
Sexo: M () F () Data de Nascimento: 30/03/1978
Raça/Cor: Pardo CNS: _____
End. Residencial: Brasília - Distrito Federal
PSF: Educação

En este acto el de en el año
Patróna María Barberena
Tributaria
que se ha de celebrar en la iglesia de

DADOS DA CONSULTA

Date: 05-09-16

Hora da Chegada: 05:00

T: _____
pA: $90 \times 60 =$ 54

Hora de Atendimento:

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

SINAIS E SINTOMAS
Pequena infusão de corante hidroclorato (ox), dor extra
vertebral intensa com referência dorsal de coccidiase e
lombociatalgia, abdome tcm D. Radiografia IGT mostrando
de adensamento estenofílico ósseo da pescinde
Gengiva 3/45, hiperplasia gingival, P. hiperflex, C. Grand
HIPÓTESE DIAGNOSTICA Adm Diagnóstico
TCE grave

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

CONDUTA MÉDICA			DIÉTA		
Observação: 6h	<input type="checkbox"/>	12h	<input type="checkbox"/>	24h	<input type="checkbox"/>
Transferência	<input type="checkbox"/>	Internação	<input type="checkbox"/>	ZERO	<input type="checkbox"/>
				LÍQUIDA	<input type="checkbox"/>
				PASTOSA	<input type="checkbox"/>
				LIVRE	<input type="checkbox"/>
				BRANDA	<input type="checkbox"/>

PRESCRIÇÃO MÉDICA

① Sedapés, Hedera Sunk + ADIV + Fertanil 2ml + 40%
② Musotimus: Hedera 2% + STO 9% Solut 11% Klopfer
③ STO + Venefossa Cane Aplicar + P. O. Limpia
④ STO 9% Solut 11% Cloroformo

File: 104187 Subj: 44-12263

Ward 10 - 200

Digitized by Google

U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE: 1940 10-1250

ASSUMPTION

[View all posts](#) | [View all posts by admin](#)

• [View all posts](#) | [View all comments](#) | [View all users](#)

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

④ Ratificação

Nome: Eudimar Xolox Bandeira
D.N.: 30.01.1978
DOC: 54.514 295 - 7



A presente cópia fotostática contém com arregos que me foram feitos Dow Ic Jaguaribe-Ce 08 MAI 2017	
Em testemunha <u>12</u> da verdade <u>Fátima Maria Barbosa</u> Tabellia Valde Semente com o sello de autorização.	



**Estatuto do Coerá
Prefeitura Municipal de Jaguariúna
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL**

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

卷之六

Local de nascimento: 30/12/1980 Municipio de Ribeirão Preto

UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: _____

Nº do Bloco: _____ Nome do Cartório: _____

Pólo: _____ **Término:** _____ **Data de Emissão:** _____

© 2001 Prentice-Hall, Inc.

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

INDEPENDENT PERSONS

ANQUELUQUE DIFTERIA HAMSENIASE POLIOMIELITE
 SUGOLA SARAMPO TUBERCULOSE HERATITE

Services de Riset

DIABOLISMO SIDA (AIDS) EPILÉPSIA CARDIOPATIA
 ALCOOLISMO ALERGIA TABAGISMO MEMÓRIA
 SWEETES CHAGAS HIPERTENSÃO DIFERENÇA FÍSICA
 ANOREXIA

2. ESTEQUEDAS FAMILIARES

CÁNCER / CARDIOPATIA / DIABETES ✓ PANSEMASE
-ENFOLIA / HIPERTENSÃO / TUBERCULOSE

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

ODD PROGRAMAS

SILVIA CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

SUS = 398 0005 9224 8356



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome: Eudimai Série: 00000000000000000000000000000000

Sexo: M F

Nascimento: 30/01/72 - Município de Nasc.: Balaião

UF: Ce

N.º do PRS:

UF: 01 Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: 01/01/01

Nome do Cartório:

Nome: _____ Fólio: _____ Termo: _____ Data de Emissão: _____

Nome do Responsável:

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

- | | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> EXQUELÚCIA | <input type="checkbox"/> DIFTERIA | <input type="checkbox"/> HANSENIASE | <input type="checkbox"/> POLIOMIELITE |
| <input checked="" type="checkbox"/> ENZÓOPLA | <input type="checkbox"/> SARAMPO | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE | <input type="checkbox"/> HERATITE |
| <input type="checkbox"/> TBC | | | |

ACRAVOS DE RISCO

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO | <input type="checkbox"/> SIDA (AIDS) | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA |
| <input type="checkbox"/> VENTA | <input type="checkbox"/> ALERGIA | <input type="checkbox"/> TABAGISMO | <input type="checkbox"/> HEMOFILIA |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> CHAGAS | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO | <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA FÍSICA |
| <input type="checkbox"/> TBC | | | |

ANTECEDENTES FAMILIARES

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CÂNCER | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA | <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> VÍTICO |
| <input type="checkbox"/> NEFROSE | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO | <input type="checkbox"/> TABAGISMO | <input type="checkbox"/> HANSENIASE |
| <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE | | | |
| <input type="checkbox"/> CHAGAS | | | |
| <input type="checkbox"/> SIDA | | | |

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

ODONTOGRAMAS

PERÍODO	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
DIA/MÊS	11	12	13	14</																																																																																						

LEGIÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CÍCLICA /
SERVIÇO

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

33/12/13 **Ritvaldo Reis da Estrela Costa**
D2 exs, tomas 2 CP / P dia, diazepam
3 mg, tomas 1 cr a noite



05/04/14

Realizar visita domiciliar na casa
de paciente evanescido, traqueostomizado,
sem alimentação por SNE e inicio recente
de alimentação paralisa VO. Paciente consciente,
"verbala", movimento das 4 extremidades e queixa-
r-se operava de dor no local da escara.
Foi à Fonte Lusa onde orientaram retorno
em metade para retirada de traqueostoma.
Não foi mais indicada cirurgia de face.
Dessa vez não dormiu da piora com
a fonoaudióloga e fazer fisioterapia
motora e respiratória.

ACV RR ST, BNF, 151 respirar

BB: VIV (), com nítidos espiradícos

Paciente com amissão e paralisa
do olhar vertical à D.

PA: 350 x 40

Traqueostoma bem recuado e sem flegm.
Escara sacral com tecido de granulação
e em bom processo de cicatrização.

CD: (1) Oriento limpeza / curativo
da escara

(2) Mudança de díscrito
a cada 2 hrs

(3) Solicito TC de crânio

(4) Encaminho os
"Melhor em casa"

(5) Aguardo desmane
da piora e
acompanhamento

... durante as sessões fisioterápicas -



**Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaripe
Prefeitura Municipal de Saude - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL**

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Spiral: E

• 100 •

MEGA - Centro Universitário | Faculdade de Engenharia

• Domicilio: _____ OF: _____ Agencia Emisora: _____ Oficina de Correos: _____

Nota do Coronel:

Pathos: _____ **Terapeuta:** _____ **Data de Emissão:** _____

• Lic. em Direito / Responsável

PERÍODO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAISSE

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

INTEGRANTES PESSOAIS

- COQUELICHE DIFTERIA HANSENIASE POLIOMIELITE
 SÍFILIS SARAPMO TUBERCULOSE HEPATITE

EN 670-2002

- ALCOOLISMO SIDA (AIDS) ENFERMEDAD CARDIACA CARDIOPATIA
 DEPRESION ALEGRIA ENFERMEDAD HEMATOLOGICA HEMOFILIA
 DIABETES CHAGAS ENFERMEDAD DE LA PIEL DEFICIENCIA FISICA

二、小企业经营决策的特征与策略

- CANCER CARDIOPATHIA DIABETES HEPATITIS

W. H. DAVIS, JR., and J. R. COOPER, JR., Department of Geology, University of Texas at Austin, Austin, Texas 78712

ПРОГРАММА

1º EXAME	DATA	DIREITO	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	ESQUERDO
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
2º EXAME	DATA	DIREITO	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	ESQUERDO
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
3º EXAME	DATA	DIREITO	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	ESQUERDO
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	

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

AÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
16/12/15	<p>P.S.: 100 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 internado em Fortaleza e desde dezembro manteve alta e continua com acompanhamento ambulatorial.</p> <p>Aguarda retorno para a cirurgia em março.</p> <p>No momento, encontra-se acamado, desnutrido, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem necrose / flagras.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Repre redução da acuidade visual à D, apresenta piora ligeira e dor ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos um MMT II. Quisicul de insônia.</p> <p>Apresenta ferão mas mádigas com tecido em processo de cicatrização com fundo vermelho súmido e brilhoso.</p> <p>ATV: RR: 27, BNP: 110 ppm. PR: 110 bpm com ondas difusas em bases, FR: 19 bpm.</p> <p>ED: (1) Tratamento fisioterápico motora, peleira R6 dificuldade de acesso (rotina)</p> <p>(2) Remoção recíproca da Fenitoína 100mg 2x/dia</p> <p>(3) Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>(4) Orientações sobre cuidados e higiene.</p> <p>(5) Preservativo Fibras</p> <p>(6) Prescrição de gutamylon 5 mg -</p> <p style="text-align: right;">CREMEP 16.036</p>	

AVALIAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17	<p>Rihelva Ribeiro da Estrela Soárez Dd exs, TDMR 2 ep (P dia, diazepam 5 mg, ioman 1 cp a noite)</p> <p style="text-align: center;">10</p>	
05/04/17	<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, por alimentação por SNE e início recente de alimentação parcial VD. Paciente consciente "emboliza", movimento dos 4 membros e queixa- se apenas de dor no local da fixa. Fui à Fonteiga onde orientaram retorno em setembro para retirada do traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deve iniciar desarranjo da ferida com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, ZT, BWF, 11 respires ABP: 110/70, com pulsos espontâneos Paciente com amiose e paralimia do lado vertical à D. PA: 350 x 70 Traqueostoma sem secreção e sem fuga. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p> <p style="text-align: center;">10</p> <p>CD: ① Orientar limpeza / curativo da escara ② Mudança de drenagem a cada 2 hrs ③ Solicitar TC de crânio ④ Encaminhar ao "Milho em casa". ⑤ Aguardar desarranjo da ferida e acompanhamento da fisioterapeuta.</p> <p style="text-align: center;">10</p>	



Prefeitura de
Porto Alegre

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE

Emissão em 20/04/2017 09:03:37

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUZA

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 20/04/2017 09:03:37

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				DATAS/IDADE:	
CNS: 1040000115990	NOME: EDUARDA FELIX BARROSO	SEXO: FEM	MARCA DO PACIENTE: MARCA	DATA: 00/00/0000	IDADE: 00
CPF: 045.123.123-00	D. NASC: 20/01/1998	ESTADO/CIVIL: SOLTEIRO	RESID: RJ	PAÍS/UF: Brasil	
MORADA: RUA MARIA LURDA DA SILVA BANDEIRA		MORAD. DO PAC.: LURD FELIX BARROSO			
TIPO DE LOGradouro:		PROFISSÃO DO PACIENTE: VENDEDOR	UF: RJ	ENDERECO: Lapa, RJ	
COMPLEMENTO: Rua 123		TELEFONE: 21-2222-1111	UF: RJ	CEP: 22222-000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
DATA: 10/04/2017	PARENTES/FGV: P	TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRABALHO:					
TIPO DE ACIDENTE: ACCIDENTE DE TRABALHO					
ACIDENTAMENTO E CLASSEFAÇÃO DE RISCO:					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta. Acidente de trânsito entre carro, moto, pedestre, resultou no paciente em uma encolheria.					
QUADRO: VITIMA DE QUITA DE MOTO, COM TOS GRAVE, INTUBADO.					
OBSERVACOES: TRAUMA CRANIOCEFÁLICO, RESPIRAÇÃO PARCIALIZADA.					
LOCAL DA Ocorrência: Área Pública		Estado: RJ	UF: RJ	PROIBIÇÃO DE ATENDIMENTO: VERMELHO	
ESPECIALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:					
Assinatura:					

CONEXO:	
TEMPO HODISARIO PARA DESCRIÇÃO: DATA: 20/04/2017	
EXAMPELAR: CORPO/FATIGA: SINTOMAS:	
ENCARREGADO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO / ESPECIALISTA:



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

Arte

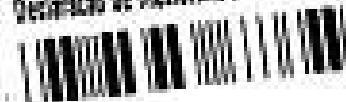
LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Declarado devidamente feito

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 UTI, EM 11/10/2016, FOI TRAQUEOSTOMIZADO (DR JIRAPUAN 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, Jún.
Médico
CRM-CE 14401

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

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

Arte

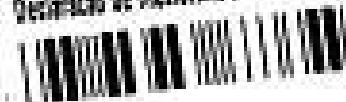
LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Declarado devidamente feito

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 UTI, EM 11/10/2016, FOI TRAQUEOSTOMIZADO (DR JIRAPUAN 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, Jún.
Médico
CRM-CE 14401

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

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIPE

СМЕРТНІЙ СІДАЧ

BR 116 Km 300 - Cruzado - Japaratuba

EICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Name: Edimara Fili e Bandeira
Sexo: M () F () Data de Nascimento: 30/04/1978
Raça Cor: Parda CNS: _____
End. Residencial: Vila do Jardim
PSE: Eletrobras

Ensayos de la señora Patricia María Barbero Taboada

DADOS DA CONSULTA

Date: 05-09-16

Hasta el 25 de Septiembre - \$5.00

T: _____
pA: $90 \times 60 - b$

Hora de Atendimento:

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

SINAIS E SINTOMAS
Paciente reflete clorose intensa (ex), dor estreito
no lado esquerdo com melhora súbita da dor de cintura e
lombalgia que faz o abdome relaxar. Palpado TGT fréquente
de sedimento e esterilizado. Olhos do paciente
vermelhos; pupila dilatada. P. histolytic. e Giard
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA Abd Dissecante
PCE grave

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

CONDUTA MÉDICA			DIÉTA		
Observação: 6h <input type="checkbox"/>	12h <input type="checkbox"/>	24h <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ZERO	<input type="checkbox"/> LIVRE	
Transferência <input type="checkbox"/>	Internação <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> LIQUIDA	<input type="checkbox"/> BRANDA	
			<input type="checkbox"/> PASTOSA		

PRESCRIÇÃO MÉDICA

① Sedapés, Hedera Sunk + ADIV + Fertanil Red + ADIV
② Mixed trees: Hedera 2% + STO 9% + Ond 11% Kodokanes
③ STO + Ventifoss Green Aplicor + D. Chitosan
④ STO 9% + Ond 11% Cefotaxime

Y. Feijoo, J. M. Gómez

~~CREMLO 1678~~
~~CREMLEN 8348~~
~~CREMMLIN 455147~~

ASSURORA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

④ Ratificação

Nome: Eudimar Xolox Bandeira
D.N.: 30.01.1978
DOC: 54.514 295 - 7



A presente cópia fotostática contém com arregos que me foram feitos Data _____ Jaguaribe-Ce 08 MAI 2017	
Em testemunha <u>12</u> da verdade <u>Fátima Maria Barbosa</u> Tabellaria Vulgo Semente com o visto de autorização.	



**Estatuto do Coerá
Prefeitura Municipal de Jaguariúna
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL**

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

卷之六

Local de nascimento: 30/12/1980 Municipio de Ribeirão Preto

UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: _____

Nº do Bloco: _____ Nome do Cartório: _____

Pólo: _____ **Término:** _____ **Data de Emissão:** _____

© 2001 Prentice-Hall, Inc.

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

INDEPENDENT PERSONS

ANQUELUQUE DIFTERIA HAMSENIASE POLIOMIELITE
 SUGOLA SARAMPO TUBERCULOSE HEPATITE

Serviços de Ribeira

ALCOOLISMO () SIDA (AIDS) () EPILÉPSIA () CARDIOPATIA
 TABACAL () ALERGIA () TABAGISMO () MEMÓRIA
 DIABETES () CHAGAS () HIPERTENSÃO () DIFERENÇA FÍSICA
 ANOREXIA

2. ESTEQUEDAS FAMILIARES

CANCER CARDIOPATIA DIABETES PANSENAISE
 ENCEPSIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE

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

ODDITOGRAKAS

1º EXAME	DIREITO	55	56	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	ESQUERDO
	16 46	17 47	18 48	19 49	20 50	21 51	22 52	23 53	24 54	25 55	26 56	27 57	28 58		
2º EXAME	DIREITO	55	54	54	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	ESQUERDO
	16 46	17 47	18 48	19 49	20 50	21 51	22 52	23 53	24 54	25 55	26 56	27 57	28 58		
3º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	52	51	51	51	51	51	51	51	51	ESQUERDO
	16 46	17 47	18 48	19 49	20 50	21 51	22 52	23 53	24 54	25 55	26 56	27 57	28 58		

SILVIA CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICO	HISTÓRICO EXAME FÍSICO/EXAMENOS/EVOLUÇÃO	ASSINATURA
20/07/2018	Relato de exame clínico da casa de paciente, 39 anos, vitima de acidente motoeletrostico subindo com TCE operado e fratura de foco. Fissura crica da 2 mao injetamento em Fortaleza e dureza desgarrada unguem alta e continua com exsorpação recorrente contundente	
Aguanda Unidade para o exame	com unhas	
No exame visto, verificou-se	exangue drenado, am. edema	
Peso SNC 2 kg de desquestrimento	diagnose + com retenção / hiperemia	
Está consciente + intelecto com	a orientação	
Refluxo urinário da bexiga urinaria	b n, apuramento fônico liso e durero	
oculo à C Apresenta indução da	foco + síntomas de mucosidade	
urin. muco. Quinze de Novembro	Pausante lúcio em uréducaç.	
exato. Fudo em paciente da	cicatrização com grande esmalte	
união a reboco	UR: 200 ml com unhas danificadas	
urin. banho FR: 19 litros		
C b: (1) Imóvel histeria	misofonia, risídia. Né	
origens:	(2) dificuldade de sair (rézia)	
preferencial	fissura unguial da	
localização	fissura SNC	
referência	(3) Agressão respiratória-clínica	
origens:	+ urticária em Fortaleza	
preferencial	(4) Orientação ruiva esildades	
localização	(5) Pausante Fábio	
referência	(6) Pausante Fabio 5 ma-	

SUS = 398 0005 9224 8356



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome: Eudimai Série: 00000000000000000000000000000000

Sexo: M F

Nascimento: 30/01/78 - Município de Nasc.: Balaião

UF: Ce

N.º do PRS:

UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: 11/01/2011

Nome do Cartório:

Nome: _____ Fólio: _____ Termo: _____ Data de Emissão: _____

Nome do Responsável:

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

- | | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> EXQUELÚCIA | <input type="checkbox"/> DIFTERIA | <input type="checkbox"/> HANSENIASE | <input type="checkbox"/> POLIOMIELITE |
| <input checked="" type="checkbox"/> ENZÓOPLA | <input type="checkbox"/> SARAMPO | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE | <input type="checkbox"/> HERATITE |
| <input type="checkbox"/> TBCS | | | |

ACRAVOS DE RISCO

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO | <input type="checkbox"/> SIDA (AIDS) | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA |
| <input type="checkbox"/> VENTA | <input type="checkbox"/> ALERGIA | <input type="checkbox"/> TABAGISMO | <input type="checkbox"/> HEMOFILIA |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> CHAGAS | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO | <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA FÍSICA |
| <input type="checkbox"/> TBCS | | | |

ANTECEDENTES FAMILIARES

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CÂNCER | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA | <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> VÍTICO |
| <input type="checkbox"/> NEFROSE | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO | <input type="checkbox"/> TABAGISMO | <input type="checkbox"/> HANSENIASE |
| <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE | | | |
| <input type="checkbox"/> CHAGAS | | | |
| <input type="checkbox"/> SIDA | | | |

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

ODONTOGRAMAS

PERIATO	DIREITO												ESQUERDO											
61	62	63	64	65	66	67	68	69	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76

LEGIÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CÍCLICA /
SERVIÇO

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

33/12/13 **Ritvaldo Reis da Estrela Costa**
D2 exs, tomas 2 CP / P dia, diazepam
3 mg, tomas 1 cr a noite



05/04/14

Realizar visita domiciliar na casa
de paciente evanescido, traqueostomizado,
sem alimentação por SNE e inicio recente
de alimentação paralisa VO. Paciente consciente,
"verbala", movimento das 4 extremidades e queixa-
r-se operava de dor no local da escara.
Foi à Fonte Lusa onde orientaram retorno
em metade para retirada de traqueostoma.
Não foi mais indicada cirurgia de face.
Dessa vez não dormiu da piora com
a fonoaudióloga e fazer fisioterapia
motora e respiratória.

ACV RR ST, BNF, 151 respirar

BB: VIV (), com nítidos espiradícos

Paciente com amissão e paralisa
do olhar vertical à D.

PA: 350 x 40

Traqueostoma bem recuado e sem flegm.
Escara sacral com tecido de granulação
e em bom processo de cicatrização.

CD: (1) Oriento limpeza / curativo
da escara

(2) Mudança de díscrito
a cada 2 hrs

(3) Solicito TC de crânio

(4) Encaminho os
"Melhor em casa"

(5) Aguardo desmane
da piora e
acompanhamento

... durante as sessões fisioterápicas -



**Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaripe
Prefeitura Municipal de Saude - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL**

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Spiral: E

• 100 •

MEGA - Centro Universitário | Faculdade de Engenharia

• Domicilio: _____ OF: _____ Agencia Emisora: _____ Oficina de Correos: _____

Nota do Coronel:

Pathos: _____ **Terapeuta:** _____ **Data de Emissão:** _____

• Lic. em Direito / Responsável

PERÍODO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANADIMENSE

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

INTEGRANTES PESSOAIS

COQUELUCHE DIFTERIA HANSENIASE POLIOMYELITE
 SLEUCA SARAPIPO TUBERCULOSE HEPATITE

• 100 •

ALCOOLISMO SIDA (AIDS) CIRROSIS HEPATICA CARDIOPATIA
 ALENTAL ALERGIA COAGULACIONES ANORMALES HEMOFILIA

DIABETES | **CHACAS** | **HIPERTENSÃO ARTERIAL** | **LIDENCIANIA FISICA**

二、企业所得税核定征收办法(试行)国家税务总局公告2016年第41号

CANCER () CARDIOPATHIA () DIABETES  () HEPATITIS () TRANSFÉRASE

HYPERPLASIA HYPERTENSAC TUBERCULOSIS

PROGRAMAS

1º EXAME	DATA	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO			
			16 46	17 47	18 48	19 49	14 44	12 42	11 41	21 31	22 32	23 33	24 34			
2º EXAME	DATA	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO			
			16 46	17 47	18 48	19 49	14 44	13 43	12 42	11 41	21 31	22 32	23 33	24 34	25 35	26 36
3º EXAME	DATA	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO			
			16 46	17 47	18 48	19 49	14 44	13 43	12 42	11 41	21 31	22 32	23 33	24 34	26 36	27 37

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

AÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
16/12/15	<p>P.S.: 100 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 internado em Fortaleza e desde dezembro manteve alta e continua com acompanhamento ambulatorial.</p> <p>Aguarda retorno para a cirurgia em março.</p> <p>No momento, encontra-se acamado, desnutrido, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem necrose / flagras.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Repre redução da acuidade visual à D, apresenta piora ligeira e dor ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos um MMT II. Quisicul de insônia.</p> <p>Apresenta ferão mas mádigas com tecido em processo de cicatrização com fundo vermelho súmido e brilhoso.</p> <p>ATV: RR: 27, BNP: 110 ppm. PR: 110 bpm com ondas difusas em bases, FR: 19 bpm.</p> <p>ED: (1) Tratamento fisioterápico motora, peleira R6 dificuldade de acesso (rotina)</p> <p>(2) Remoção recíproca da Fenitoína 100mg 2x/dia</p> <p>(3) Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>(4) Orientações sobre cuidados e higiene.</p> <p>(5) Preservativo Fibras</p> <p>(6) Prescrição de gutamylon 5 mg -</p> <p style="text-align: right;">CREMEP 16.036</p>	

AVALIAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17	<p>Rihelva Ribeiro da Estrela Soárez D.O ex 5, T2Mai 2 CP / P dia, diazepam 5 mg, i.v.mor 1 cp a noite</p> <p style="text-align: center;">10</p>	
05/04/17	<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, por alimentação por SNE e início recente de alimentação parcial VD. Paciente consciente "emboliza", movimento dos 4 membros e queixa- se apenas de dor no local da fixa. Fui à Fonteiga onde orientaram retorno em metade para retirada da traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de fio. Deve iniciar desarranjo da ferida com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, ZT, BWF, 13 respirações ABP: 110/70, com pulsos espontâneos Paciente com amimocoria e paralimia do olho vertical à D. PA: 350 x 70 Traqueostoma sem secreção e sem fuga. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p> <p style="text-align: center;">10</p> <p>CD: ① Orientar limpeza / curativo da escara ② Mudança de drenagem a cada 2 hrs ③ Solicitar TC de crânio ④ Encaminhar ao "Milher em casa". ⑤ Aguardar desarranjo da ferida e acompanhamento da fisioterapeuta.</p> <p style="text-align: center;">10</p>	



Prefeitura de
Porto Alegre

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE

Emissão em 20/04/2017 09:03:37

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUZA

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 20/04/2017 09:03:37

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				DATAS/IDADE:	
CNS: 1040000115990	NOME: EDUARDA FELIX BARROSO	SEXO: FEMININA	MUNICÍPIO: MARATECA	DATA: 20/04/2017	IDADE: 10
CPF: 145.111.111-11	D. NASC: 20/04/2007	ESTADO/CIVIL: SOLTEIRO	UF: RS	RAZÃO: Pessoal	
MORADA: MARIA LURDA DA SILVA BARROSO		MORÉ DO PAI: LUIZ FELIX BARROSO			
TIPO DE LOGradouro:		PROFISSÃO DO PACIENTE: VENDEDOR	UF: RS	ENDERECO: Rua Paula	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 51-99144-7111	PROFISSÃO: ANGOLAR	UF: RS	CEP: 90170-000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
DATA: 10/04/2017	PARENTESCO: P.M.	TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRABALHO:					
TIPO DE ACIDENTE:	CARGO DO EMPREGADO:	CRMV DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CRIME:		
ACOVIDIMENTO E CLASSEFAÇÃO DE RISCO:					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta. Acidente de trânsito entre duas motos. Motorista, quebra os ossos do crânio.					
QUADROS: VITIMA DE BURTO DE MOTO, COM FOS GRAVE, INTUBADA.					
OBSERVACOES: TRAUMA CRANIOCEFÁLICO. RESPERAÇÃO PARCIALIZADA.					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Exame de Det: Sem Det	PROVISÓRIA DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
ESPECIALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:					
Assinatura:					

CONSIDERACOES:	
TEMPO HODISARIO PARA DESCRIÇÃO:	DATA:
EXAMINAS COMPLEMENTARES: SOLICITADOS:	
ENCARREGAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO / ESPECIALISTA:



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIPE

CHP4: 07-443-7943001-6

BR 116 Km 300 - Cruzado - Japaratuba

EICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

RABOS DO PACIENTE

Name: Edimara Fili e Bandeira
Sexo: M () F () Data de Nascimento: 30/04/1978
Raça Cor: Parda CNS: _____
End. Residencial: Vila do Jardim
PSE: Eletrobras

Residente da MAT 2017 —

DADOS DA CONSULTA

Date: 05.09.16

Hora da Chegada: 05:00

T: _____
PA: 90 x 60 - b

Hora de Atendimento:

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

SINAIS E SINTOMAS
Paciente reflete clorose intensa (ex), dor estreito
nesta unidade com melancolia, desespero de conceber e
desenvolver sua fase, abuso (Cannabis). Psicose IGT precedida
de sedação e estabilização clínica da pressão.
Gengiva 3/3; Pupila aumentada, P. hipofise, C. fundo
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA Abd Dissecante
QCE grave

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

CONDUTA MÉDICA			DIÉTA		
Observação: 6h <input type="checkbox"/>	12h <input type="checkbox"/>	24h <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ZERO	<input type="checkbox"/> LIVRE	
Transferência <input type="checkbox"/>	Internação <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> LIQUIDA	<input type="checkbox"/> BRANDA	
			<input type="checkbox"/> PASTOSA		

PRESCRIÇÃO MÉDICA

① Sedapés, ~~Ludzaków~~ Sankt + ADIV + Ferdinand Rul + ADIV
② ~~Mauritius~~: ~~Ludzaków~~ 2nd Ad + STAG% (Oul II) Zdjęcie
③ ST + ~~Ventifoss~~ Cane Apulia + P. Chirurgia
④ STAG% (Sobiekt U Gdynia) Wys.

卷之三

GREMLIN 16784
GREMLIN 19340

ASSIGNMENT

ASSISTÊNCIA DO MÉDICO

ASSIGNATURA DO PACIENTE

④ Ratificação

Nome: Eudimar Xolox Bandeira
D.N.: 30.01.1978
DOC: 54.514 295 - 7



A presente cópia fotostática contém com arregos que me foram feitos Dow Ic Jaguaribe-Ce 08 MAI 2017	
Em testemunha <u>12</u> da verdade <u>Fátima Maria Barbosa</u> Tabellia Valde Semente com o sello de autorização.	



**Estatuto do Coerá
Prefeitura Municipal de Jaguariúna
Prefeitura Municipal de Saúde - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL**

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

卷之六

Local de nascimento: 30/12/1980 Municipio de Ribeirão Preto

UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: _____

Nº do Censo: _____ Nome do Cartório: _____

Pólo: _____ **Término:** _____ **Data de Emissão:** _____

© 2001 Prentice-Hall, Inc.

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

INDEPENDENT PERSONS

ANQUELUQUE DIFTERIA HAMSENIASE POLIOMIELITE
 SUGOLA SARAMPO TUBERCULOSE HEPATITE

Serviços de Ribeira

DIABOLISMO SIDA (AIDS) EPILÉPSIA CARDIOPATIA
 ALCOOLISMO ALERGIA TABAGISMO MEMÓRIA
 SWEETES CHAGAS HIPERTENSÃO DIFERENÇA FÍSICA
 ANOREXIA

2. ESTEQUEDAS FAMILIARES

CANCER CARDIOPATIA DIABETES PANSENAISE
 ENCEPSIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE

ODD PROGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	ESQUERDO
C/TA	16 46	17 47	18 48	19 49	20 50	21 51	22 52	23 53	24 54	25 55	26 56	27 57	28 58	29 59	30 60	
	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	
	31	32	33	34	35	36	37	38	39	30	31	32	33	34	35	
	71	72	73	74	75	76	77	78	79	70	71	72	73	74	75	
2º EXAME	DIREITO	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	ESQUERDO
C/TA	16 46	17 47	18 48	19 49	20 50	21 51	22 52	23 53	24 54	25 55	26 56	27 57	28 58	29 59	30 60	
	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	
	31	32	33	34	35	36	37	38	39	30	31	32	33	34	35	
	71	72	73	74	75	76	77	78	79	70	71	72	73	74	75	
3º EXAME	DIREITO	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	ESQUERDO
C/TA	16 46	17 47	18 48	19 49	20 50	21 51	22 52	23 53	24 54	25 55	26 56	27 57	28 58	29 59	30 60	
	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	
	31	32	33	34	35	36	37	38	39	30	31	32	33	34	35	
	71	72	73	74	75	76	77	78	79	70	71	72	73	74	75	

SILVIA CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

SUS = 398 0005 9224 8356



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome: Eudimai Série: 00000000000000000000000000000000

Sexo: M F

Nascimento: 30/01/78 - Município de Nasc.: Balaião

UF: Ce

N.º do PRS:

UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: 11/11/2010

Nome do Cartório:

Nome: _____ Fólio: _____ Termo: _____ Data de Emissão: _____

Nome do Responsável:

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

- | | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> EXQUELÚCIA | <input type="checkbox"/> DIFTERIA | <input type="checkbox"/> HANSENIASE | <input type="checkbox"/> POLIOMIELITE |
| <input checked="" type="checkbox"/> ENZÓOPLA | <input type="checkbox"/> SARAMPO | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE | <input type="checkbox"/> HERATITE |
| <input type="checkbox"/> TBCS | | | |

ACRAVOS DE RISCO

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO | <input type="checkbox"/> SIDA (AIDS) | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA |
| <input type="checkbox"/> VENTA | <input type="checkbox"/> ALERGIA | <input type="checkbox"/> TABAGISMO | <input type="checkbox"/> HEMOFILIA |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> CHAGAS | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO | <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA FÍSICA |
| <input type="checkbox"/> TBCS | | | |

ANTECEDENTES FAMILIARES

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CÂNCER | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA | <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> VÍTICO |
| <input type="checkbox"/> NEFROSE | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO | <input type="checkbox"/> TABAGISMO | <input type="checkbox"/> HANSENIASE |
| <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE | | | |
| <input type="checkbox"/> CHAGAS | | | |
| <input type="checkbox"/> SIDA | | | |

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

ODONTOGRAMAS

PERIODO	DIREITO												ESQUERDO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000	1001	1002	1003	1004	1005	1006	1007	1008	1009	1010	1011	1012	1013	1014	1015	1016	1017	1018	1019	1020	1021	1022	1023	1024	1025	1026	1027	1028	1029	1030	1031	1032	1033	1034	1035	1036	1037	1038	1039	1040	1041	1042	1043	1044	1045	1046	1047	1048	1049	1050	1051	1052	1053	1054	1055	1056	1057	1058	1059	1060	1061	1062	1063	1064	1065	1066	1067	1068	1069	1070	1071	1072	1073	1074	1075	1076	1077	1078	1079</th

LEGIÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CÍCLICA /
SERVIÇO

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

33/12/13 Lihailo Rezende da Estrela Sandoval
D2 exs, tomas 2 CP 1 P dia, diazepam
3 mg, tomas 1 cr a noite



05/04/14

Realizar visita domiciliar na casa
do paciente esanado, traqueostomizado,
no dia contendo por 3 NE e inicio recente
de alimentação paralisa VO. Paciente consciente,
"verbala", movimento das 4 extremidades e queixa-
r-se operava de dor no local da escara.
Foi à Fortaleza onde orientaram retorno
em metade para retirada de traqueostoma.
Não foi mais indicada cirurgia de face.
Dessa vez com auxílio da fisioterapeuta
audióloga e fazer fisioterapia
motora e respiratória.

ACV RR ST, BNF, 151 respirar

BB: VIV (), com nítidos estenôdicos

Paciente com amissão e paralisa
do olhar vertical à D.

PA: 350 x 40

Traqueostoma bem recuado e não flegom.
Escara sacral com tecido de granulação
e em bom processo de cicatrização.

CD: (1) Orienta limpeza / curativo
da escara

(2) Mudança de díscrito
a cada 2 hrs

(3) Solicita TC de crânio

(4) Encaminha os
“Melhor em casa”

(5) Aguarda desmane
da ferida e
acompanhamento

“Paciente está apto a fisioterápico”





**Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Jaguaripe
Prefeitura Municipal de Saude - SUS
GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL**

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Score: E

卷之三

© 2024 by [The University of Texas at Austin](#). All rights reserved.

UF: _____ Data da emissão: _____ Data da expiração: _____

Nome do Cartorio: _____

Folheto: _____ **Termo:** _____ **Data de Emissão:** _____

LER IDÃO TIPO 1 - NASCIMENTO 2 - CASAMENTO 3 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANADIMESE

ANTECEDENTES PESSOAIS

- COQUELUCHE DIFTERIA HANSEMASE POLIOMIELITE
 SÍFILIS SARAPPO TUBERCULOSE HEPATITE

THE JOURNAL OF CLIMATE Vol. 22, No. 18, pp. 5033–5048, 2009
© 2009 American Meteorological Society

2. ASSESSMENTOS DE RISCO

- ALCOOLISMO ISIDA (AIDS) ENFERMEDAD DE PARKINSON CARDIOPATIA
 ALIMENTAL ALERGIA TRAUMA EN CUELLO HEMOFILIA
 DIABETES UCHAGAS LESION EN CUELLO DEFICIENCIA FISICA

www.english-test.net

二、小結篇：我們的未來之路

- CANCER CARDIOPATIA DIABETES HANSENIA
 NEUROPSIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE

YAHOO! www.yahoo.com | **YAHOO! MAIL** mail.yahoo.com | **YAHOO! SEARCH** search.yahoo.com

PHOTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA	16 46	17 47	18 48	19 49	14 44	12 42	11 41	21 31	22 32	23 33	24 34	25 35
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	76	77 37
2º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA	16 46	17 47	18 48	19 49	14 44	13 43	12 42	11 41	21 31	22 32	23 33	24 34
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	76	78 38
3º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA	16 46	17 47	18 48	19 49	14 44	13 43	12 42	11 41	21 31	22 32	23 33	24 34
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	76	77 37

À esquerda em azul serviços encontrados, em vermelho os serviços a serem realizados

AÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
16/12/15	<p>P.S.: 100 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 internado em Fortaleza e desde dezembro manteve alta e continua com acompanhamento ambulatorial.</p> <p>Aguarda retorno para a cirurgia em março.</p> <p>No momento, encontra-se acamado, desnutrido, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem necrose / flagras.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Repre redução da acuidade visual à D, apresenta piora ligeira e dor ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos um MMT II. Quisicul de insônia.</p> <p>Apresenta ferão mas mádigas com tecido em processo de cicatrização com fundo vermelho súmido e brilhoso.</p> <p>ATV: RR: 27, BNP: 150 ppm. PR: 110 com ondas difusas em bases, FR: 19 bpm.</p> <p>ED: (1) Tratamento fisioterápico motora, peleira R6 dificuldade de acesso (rotina)</p> <p>(2) Remoção recíproca da Fenitoína 100 mg 2/dia para SNE</p> <p>(3) Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>(4) Orientações sobre cuidados e higiene.</p> <p>(5) Preservativo Fibras</p> <p>(6) Prescrição de gutamylon 5 mg -</p> <p style="text-align: right;">CREMEP 16.036</p>	

AVALIAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17	<p>Rihelva Ribeiro da Estrela Soárez D.O ex 5, T2Mai 2 CP (P. dia, diazepam 5 mg, i.v.mor 1 cp a noite)</p> <p style="text-align: center;">10</p>	
05/04/17	<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, por alimentação por SNE e início recente de alimentação paralela VD. Paciente consciente "emboliza", movimento dos 4 membros e queixa- se apenas de dor no local da fixaç. Fui à Fonteiga onde orientaram retorno em setembro para retirada do traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deve iniciar desarranjo da ferida com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, ZT, BWF, 13 respirações ABP: 110/70, com pulsos espontâneos Paciente com amiose e paralimia do lado vertical à D.</p> <p>PA: 130 x 70</p> <p>Traqueostoma sem secreção e sem fuga. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p> <p style="text-align: center;">CD: ① Orientar limpeza / curativo da escara ② Mudança de drenagem a cada 2 hrs ③ Solicitar TC de crânio ④ Encaminhar ao "Milho em casa". ⑤ Aguardar desarranjo da ferida e acompanhamento da fisioterapeuta.</p> <p style="text-align: center;">10</p> <p><i>Conforme o original conforme consta na preitura assinado</i></p>	



Prefeitura de
Porto Alegre

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE

Emissão em 20/04/2017 09:03:37

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUZA

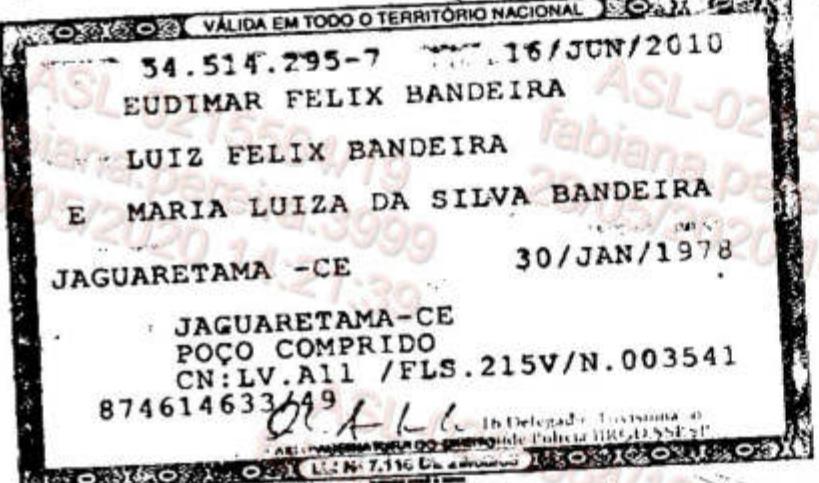
**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

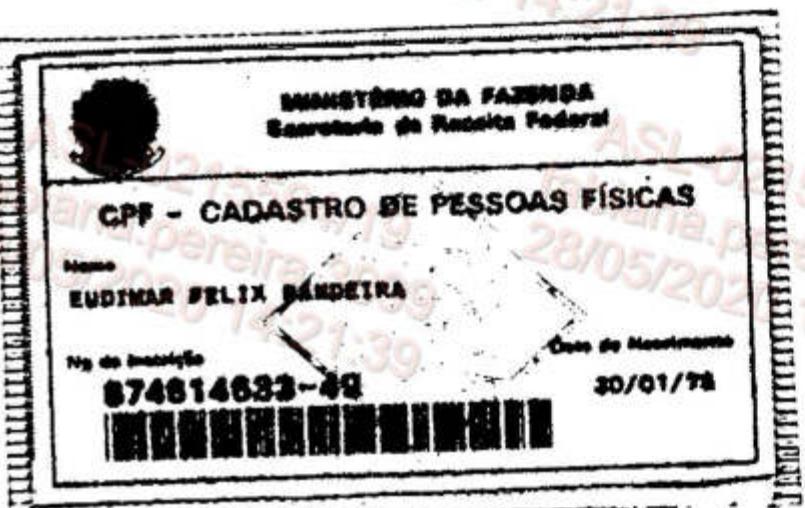
DATA/HORA: 20/04/2017 09:03:37

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				DATAS/IDADE:	
CNS: 1040000115990	NOME: EDUARDA FELIX BARROSO	SEXO: FEMININA	MUNICÍPIO: MARATECA	DATA: 00/00/0000	IDADE: 00
CPF: 045.111.111-11	UF: PR	O. PAÍS: BRASIL	ESTADO/CIVIL: SOLTEIRO	UF: PR	PAÍS: Brasil
NOME DA MÃE: MARIA LURDA DA SILVA BARROSO		NOME DO PAI: LUIZ FELIX BARROSO			
TIPO DE LOGradouro:		TIPOLOGIA DO PACIENTE:	VIA/TO/QUADRA:	UF: PR	BAIRRO: Jardim das Flores
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 3210-4771	PAUTRIO: ANGOLARE	UF: PR	CEP: 80700-000	BAIRRO: Jardim das Flores
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
DATA: 10/04/2017	PARENTESCO: P.F.	TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRÂNSITO					
TIPO DE VÍNCULO:	CÓDIGO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CHAMADA:		
ACOVIDIMENTO E CLASSEIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta. Acidente de trânsito entre carro, moto, pedestre, resultou no paciente em uma encolheria.					
QUEIXAS: VITIMA DE QUITA DE MOTO, COM TOS GRAVE, INTUBADO.					
OBSERVAÇÕES: TRAUMA CRANIOCERÁLICO. RESPERAÇÃO PARCELA.					
LOCAL DA Ocorrência: Área Pública	Exame de Det: Sono	PROVISÃO DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
ESPECIALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:					
Assinatura:					

CONSIDERANDO	
TEMPO HODISARIO PARA DESCRIÇÃO:	DATA:
EXAMES COMPLEMENTARES: SOLICITADOS:	
ENCARREGADO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO / ESPECIALISTA:



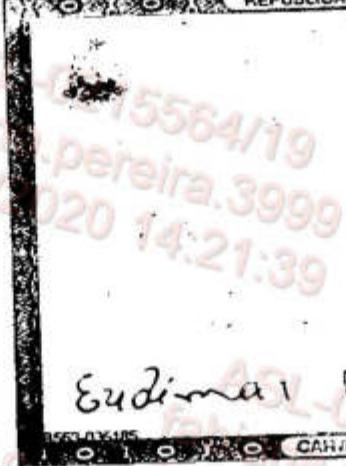
Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

0000-2

PROIBIDO PLASTIFICAR



Eudimara Félix Bandura

CAIXA DE IDENTIDADE

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

Assinatura

Eudimara Félix Bandura
EUDIMARA FELIX BANDURA

SER
P
R
O

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

Valorização 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.TAFAL 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/09/2016

Titular do CPF: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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