
Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200194359

Vítima: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Data do Acidente: 25/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200194359

Vítima: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Data do Acidente: 25/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200194359

Vítima: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Data do Acidente: 25/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EUDIMAR FELIX BANDEIRA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

Ativação de pagamento



É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

874.614.633-49

Nome completo da vítima

EUDIMAR FELIX BANDEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

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

AGÊNCIA

NRO. **0749**

D/V

CONTA

NRO. **00028640**

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

JAGUARIBE/CE, 12 de JUNHO de 2019

Local e Data

Eudimar Felix Bandeira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA

POUPANÇA



6277 8017 4601 3337

6277

VALIDATE

10/24

EUDIMAR FELIX BANDEIRA

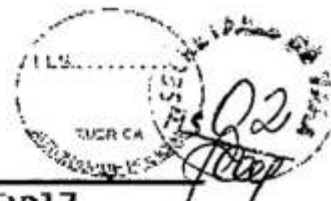
0749 013 00028640-5

elo



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

Jan



TERMO CIRCUNSTANCIADO DE OCORRÊNCIA Nº 472 - 77 / 2017

Dados da Ocorrência

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

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



CEP: 63.490-000

Dados do(s) Autor(es)

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

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

Nº de Filhos:

CEP:

Telefone:

Dados do(s) Testemunha(s)

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

Telefone:

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

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

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

2ª - TESTEMUNHA: LUCIANO PINHEIRO MARTINS
Sexo: **MASCULINO** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Mãe: **MARIA PINHEIRO DA SILVA**
Pai: **GERALDO MARTINS DA SILVA**
Data do Nascimento: **10/03/1968** CPF:
Naturalidade/UF: **JAGUARIBE/CE**
Nacionalidade: **BRASIL**
Doc. Identidade: **2016267451-6 SSP/CE**
Escolaridade: **ALFABETIZADO**
Profissão: **AGRICULTOR**
Endereço: **SÍTIO SANTA RITA**
Ponto de Referência:
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **JAGUARIBE/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

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

Antecedentes Criminais

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

Providências Adotadas

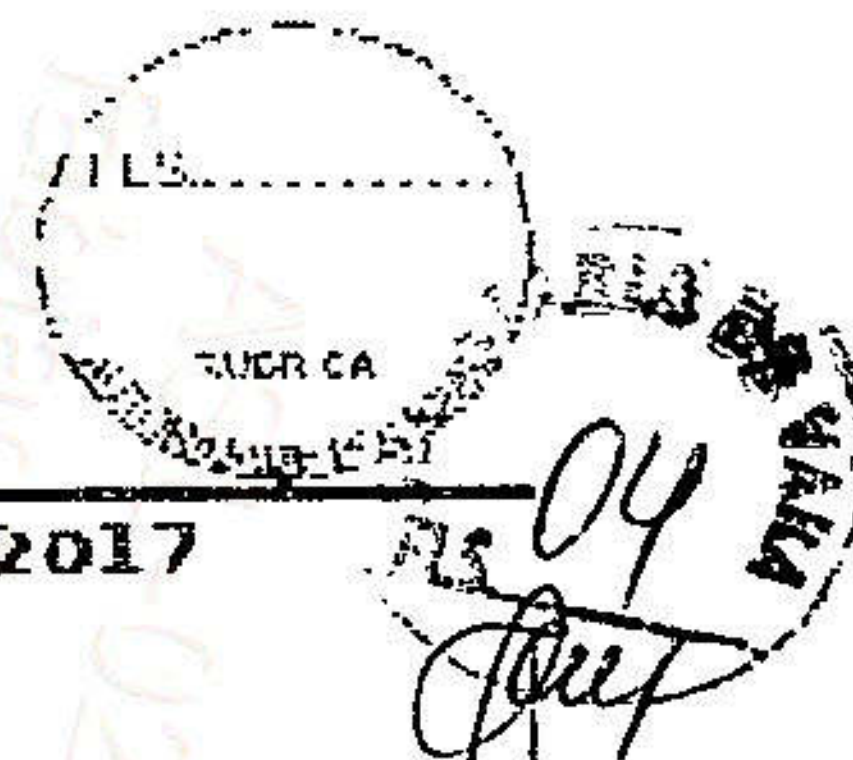
- ☐ EXAME DE CORPO DELITO
- ☐ EXAME PERÍCIA TÉCNICA
- ☐ REPRESENTAÇÃO
- ☐ AVALIAÇÃO
- ☒ TERMO DE COMPROMISSO DE COMPARECIMENTO
- ☐ ANTECEDENTE CRIMINAIS
- ☒ OUTROS

NARRATIVA DA OCORRÊNCIA:

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

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

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



TERMO CIRCUNSTANCIADO DE OCORRÊNCIA Nº 472 - 77 / 2017

envolvido em um acidente de trânsito.

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



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

8 Luis Felix Bandeira

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

É o relatório.

Local e Data : JAGUARIBE, 21 de Junho de 2017

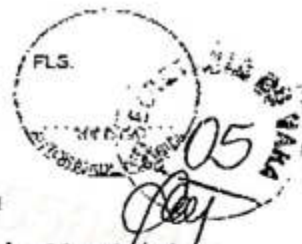
DELEGADO: RAFAEL BIAZI SILVA

MATRÍCULA: 30083717

Recebimento:

LOCAL E DATA: ____/____/____

RECEBEDOR:



TERMO DE COMPROMISSO DE COMPARECIMENTO

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

Autor(es):

1º) LUIZ FELIX BANDEIRA

Testemunha(s):

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

Vítima(s):

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

DELEGADO(A):

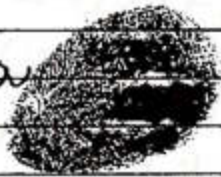
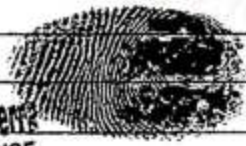
INFRATOR:

1ª TESTEMUNHA:

2ª TESTEMUNHA:

ESCRIVÃO(O):

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





Fazer esta declaracon formal, assinada e rubricada pelo representante legal do segurado, no prazo praz de 15 dias corridos para entrega com deficincias sanadas e de taxa.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

Caso com vtima com incapacidade completa de todas as funes (com os dados do VITEM e do seu REPRESENTANTE LEGAL): caso seja aplicvel, com respostas: O Representante Legal? E obrigacoes para os seguintes casos:

Caso com vtima entre 0 a 15 anos: O Representante Legal e representante pelo pai, me ou tutor. Apenas o Representante deve assinar a declaraco no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Caso com vtima entre 16 a 17 anos: Neste caso, e necessrio que a vtima seja assistida por um Representante Legal (se me ou tutor). O Representante deve ser assinado pela vtima no campo 1 ("Assinatura da Vtima") e tambm por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Caso com vtima interditada com curador: Neste caso em especial, apenas o Representante Legal deve assinar a declaraco no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo do segurado

EUDANIR FELIX BANDIRA

CPF do segurado

836.644.653-99

Data do acidente

25.09.2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VTIMA

Nome completo do Representante Legal

EUDANIR FELIX BANDIRA

CPF do Representante Legal

836.644.653-99

Funo

Advogado

Declaro, sob as penas da lei, que estou representando de verdade o tutor do beneficirio (tutor legal) e que sou o representante do interessado do Seguro Obitrio. Eu sou: (14/14), onde ver que:

Assinatura uma das seguintes opes:

☒ No h estabelecimento de IML que assina a declarao e o nome ou de morte certido, ou

☐ O estabelecimento de IML, que assina a declarao e o nome ou de morte certido, h assina garantias para fins de prova do Seguro Obitrio, ou

☐ O estabelecimento de IML, que assina a declarao e o nome ou de morte certido, h assina garantias para fins de prova do Seguro Obitrio, ou

Levo a seguinte do parecer o assistente de me pedido de indenizao do Seguro Obitrio, para a cobertura de morte patrimonial causada diretamente por vtima falecida de um acidente, onde eu que esta declarao passada e posteriormente de anlise de me de declarao feita pelo a representante do beneficirio do Seguro Obitrio Legal (SOL), com o nome do beneficirio e o nome do tutor do beneficirio Legal Obitrio para a cobertura patrimonial de morte e a declarao de morte, para o fim de (14/14) em (14/14) em (14/14).

Declaro sob as penas da lei que a assinatura e rubrica do beneficirio h assina garantias para fins de prova do Seguro Obitrio e eu de me de declarao, para o fim de (14/14) em (14/14).

24/09/2016 12 - JUNHO - 2016

Local e Data

Eudanir Felix Bandeira

Cargo: Representante Legal

Cargo: Representante Legal

Nº DO CLIENTE
4908679-0

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

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

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

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

Rota 09 17000 19 103500 - 0

Data de Emissão 15/01/2018

Nome EUDIMAR FELIX BANDEIRA

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

Medidor 1029744

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 874614633-49

CGF

Nome do Responsável

Comprovante de residência


DATAS

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

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

 Conjunto JAGUARIBE
 Mês Nov/2017 EUSD 19,58

ICMS

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

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

DESCRIÇÃO

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

VALOR (R\$)

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



Documentação médico - hospitalar



PREFEITURA MUNICIPAL DE
JAGUARIBE

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

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

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

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

CID 10: T 90.5 / J 30.8

Jaguaribe, 13 de dezembro de 2017.

Atenciosamente,

Dr. Rafael Lima Menezes
Médico
CREMEC 12606

RAFAEL LIMA DE MENEZES

MÉDICO

CREMEC 12606



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978

PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

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

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

JOAQUIM V.
MÉDICO
CRM 10014401

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO E/OU AME-IJF

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978

PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

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

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

JOAQUIM V.
MÉDICO
CRM: 10014401

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

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Ac do moto

VALIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-66

BR 116 Km 300 - Cruzeiro - Jaguaribe

Atendimento do 2º Ofício
Rua São João Barrera, 100
88913-023 Jaguaribe - CE

Atendimento do 1º Ofício
Rua São João Barrera, 100
88913-023 Jaguaribe - CE

Atendimento do 3º Ofício
Rua São João Barrera, 100
88913-023 Jaguaribe - CE

Atendimento do 4º Ofício
Rua São João Barrera, 100
88913-023 Jaguaribe - CE

Atendimento do 5º Ofício
Rua São João Barrera, 100
88913-023 Jaguaribe - CE

Atendimento do 6º Ofício
Rua São João Barrera, 100
88913-023 Jaguaribe - CE

Atendimento do 7º Ofício
Rua São João Barrera, 100
88913-023 Jaguaribe - CE

Atendimento do 8º Ofício
Rua São João Barrera, 100
88913-023 Jaguaribe - CE

Atendimento do 9º Ofício
Rua São João Barrera, 100
88913-023 Jaguaribe - CE

Atendimento do 10º Ofício
Rua São João Barrera, 100
88913-023 Jaguaribe - CE

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

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

DADOS DA CONSULTA

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

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Paciente relata de exolente hipertensão (ex), deu entrada neste ambulatório com hipertensão de nível de emergência e elevação em 140/90, alguns episódios de tontura, náusea, vômito de sangue e evacuação alvina do presente. gargalho 3/5; Ruidos cardíacos D. normal, e 4º grau
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA ACE grave Abd. Tumor

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

CONDUTA MÉDICA

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

DIETA

☐ ZERO ☐ LIVRE
☐ LÍQUIDA ☐ BRANDA
☐ PASTOSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1) Sedação: Midazolam 5mg + 40 IV + Fentanyl 2mg + 40 IV
2) Manutenção: Midazolam 2mg + 40 IV + Fentanyl 2mg + 40 IV
3) 40 IV + Ventolín 2mg + 40 IV
4) 40 IV + 40 IV

Dr. Fernando: Assinatura

MARCO
CREMIO 18784
CREMERB 3345

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

Ⓢ R A T I F I C A Ç Ã O !

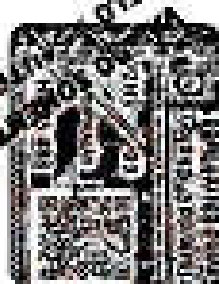
Nome: Eudimar Sales Bandeira

D.N: 30.01.1978

DOC: 54.514 295 - 7

Antônio Carlos Gomes de Sá
Comarca de Jaguaripe
Município de Jaguaripe

SELO
AUTENTICADOR
DO JORNALE COM
7



Capitão de Polícia Rua Santa Eulália nº 100 - Jaguaripe (32) 3522-1100	7 A presente cópia fotostática confere com a original que me foi entregue Dou fe Jaguaripe-Ce 08 MAI 2017 Em testemunho <u>R</u> da verdade <i>Fatima Maria Barbosa</i> Fatima Maria Barbosa Tabella Valido Semente com o selo de autenticidade
--	--

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

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

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

1. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

OUTROS: _____

2. RISCOS DE RISCO

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

OUTROS: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

OUTROS: _____

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

ODONTOGRAMAS

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

EXATÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

SECRET

TESTE HISTÓRIA / EXAME FÍSICO DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSIN & TILLY

5770715

1600 x 70

Realiza visita domiciliar na casa do paciente, 39 anos, vítima de acidente motorciclístico envolvendo com TCE grave e fratura de fêmur. Vítima com 2 meses internado em Fortaleza e duas deglambas mecânicas para a continuação com acompanhamento ambulatorial. Aguarda informe para o encaminhamento com urgência.

No momento, encontra-se ocorrendo duradouro, em alimentação por SNE e uso de droga anestésica. Limpo e sem reação / flacidez. Está nervoso e interage com o examinador.

Reporta redução da incidência viral de D, apresentando piores resultados e maior incidência de A. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos com 11 dias de adoção.

Apresenta surto mais prolongado
sem febre em fase aguda de
eritematoso com grande vermelhidão
simétrica e brilhante.

ATCU:	RR 27	RAAF	m/mopay
AR:	MU(6)	com	manera chinventa.
wm	bawus	FR:	19 lipam.

CB: ④ Jindio prietangia
umetana, psonan, Rg

2) Removal vacuola dis
Penetration 100mg 20/dia
total SNE

3. Aguardando preparación - clínica

4	40 micrometros	70 por unidades
5	2 microm	

5. Phosphorus H_3PO_4

⑤ *Prunella sp.* 5 mg.

Autentico
Conforme
originali
Cesta Prefectura

~~CREME 576 000~~

SUS-898 0005 9324 8356



JAGUARIBE
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

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

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ ESCOLARIDADE ☐ DIFTERIA ☐ HANSENÍASE ☐ POLIOMIELITE
☐ FEBRE AMARELA ☐ SARAMPO ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE
 TTOS: _____

ACRÁVOS DE RISCO

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

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

ODONTOGRAMAS

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

RELATÓRIO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/11	<p>Paciente Relata de Eritipia local 02 exs, tomar 2 cp / P dia, diazepam 5 mg, tomar 1 cp a noite</p>	
05/04/19	<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE e início recente de alimentação por via VO. Paciente consciente, "verbaliza", movimentos em 4 membros e queixa- se apenas de dor no local da escara. Foi à Farmácia onde orientaram retorno com roscobas para retirada de traqueostomia. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deu início diarreia da fenda com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, 2T, 2NF, 12/2000 PB: 100/60, com ritmos cardíacos Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D. PA: 350 x 40 Traqueostomia com secreção e sem flegm Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
<p>Contato com o original 03/11/19</p>	<p>CD: ① Orienta limpeza / curativo da escara ② Mudança de decúbito a cada 2 hrs ③ Solicita TC de crânio ④ Encaminhado ao "Mulher em casa" ⑤ Aguarda diarreia da fenda e acompanhamento fisioterápico.</p>	



Jaguaribe
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Eudimar Felix Brito Sexo: ☐ M ☐ F
 Local de Nascimento: 21.01.78 Município de Res.: _____ UF: _____
 Data de Nascimento: _____ R. Co PIS: _____
 End. Residência: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
 Data: _____ Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Nome da Mãe / Responsável: _____

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

2. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

3. ATRAVÉS DE RISCO

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

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES ☐ HANSENASE
☐ NEUROSIN ☐ HIPERTENSÃO ☐ TUBERCULOSE
 OUTROS: _____

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

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO				
DATA																
2º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO				
DATA																
3º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO				
DATA																

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

LAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

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

SUS=898 0005 9324 8356



JAGUARIBE
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Usuário: Eudimar Felix Bahiano Sexo: M ☒ F ☐
Data de Nascimento: 30.02.78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
Idade: _____ N.º do PIS: _____
Identidade: _____ UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
Unidade Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
Voto: _____ Folhas: _____ Tombo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Código de Mãe / Responsável: _____

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

2 - ANTECEDENTES PESSOAIS

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

3 - AGRAVOS DE RISCO

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

4 - ANTECEDENTES FAMILIARES

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

*Original e cópia
Cópia conforme o original
Arquivos desta Prefeitura
07/05/2012*

DATA	TIPOS	A. POLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	S. C. G.	TTDT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1ª								
	2ª								
	3ª								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

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

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

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

AValiação Clínica e Diagnóstica

Data	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17		<p>Reverso. Recusa de Eritrato 100mg 02 x 5, tomar 2 cp / P dia, Lisipato 5 mg, tomar 1 cp a noite.</p>	
03/04/17		<p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizada, se alimentando por SNE a início quente de alimentação paralis VD. Paciente consciente, "entoliza", movimentos em 4 membros e quiza- se apenas de dor no local da escara. Foi à Entoliza onde orientaram retorno em setembro para retirada de traqueostomia. Não foi mais indicada cirurgia de face. Dev. início de desmame da comida com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, 21, CUF, 12/12 PA: 110/70, com rubor espontâneo Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D. PA: 330 x 70 Traqueostomia com mucosa e sem flegma. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
		<p>CD: ① Orienta limpeza / curativo da escara ② Mudança de decúbito a cada 2 hrs ③ Solicita TC de crânio ④ Encaminha ao "Melhor em casa" ⑤ Aguarda desmame da comida e acompanhamento fisioterápico.</p>	

Autêntico xerox
 Conforme o original
 arquivado nesta Prefeitura
 em 10/05/17

Dr. [Assinatura]
 Médico

Ac de moto

VALIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-66

BR 116 Km 300 - Cruzeiro - Jaguaribe

Atendimento do 2º Oficial	Rev. Emanoel Barreto, 100	(88) 3523.1083 - Jaguaribe
Atendimento do 1º Oficial	Rev. Emanoel Barreto, 100	(88) 3523.1083 - Jaguaribe
Atendimento do 3º Oficial	Rev. Emanoel Barreto, 100	(88) 3523.1083 - Jaguaribe
Atendimento do 4º Oficial	Rev. Emanoel Barreto, 100	(88) 3523.1083 - Jaguaribe
Atendimento do 5º Oficial	Rev. Emanoel Barreto, 100	(88) 3523.1083 - Jaguaribe
Atendimento do 6º Oficial	Rev. Emanoel Barreto, 100	(88) 3523.1083 - Jaguaribe
Atendimento do 7º Oficial	Rev. Emanoel Barreto, 100	(88) 3523.1083 - Jaguaribe
Atendimento do 8º Oficial	Rev. Emanoel Barreto, 100	(88) 3523.1083 - Jaguaribe
Atendimento do 9º Oficial	Rev. Emanoel Barreto, 100	(88) 3523.1083 - Jaguaribe
Atendimento do 10º Oficial	Rev. Emanoel Barreto, 100	(88) 3523.1083 - Jaguaribe

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

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

DADOS DA CONSULTA

Data: 05.09.16 Hora da Chegada: 05:00 T: 90 x 60 - 8
Hora do Atendimento: 05:00 PA: 90 x 60 - 8

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Paciente relata de acidente automobilístico (acc), deu entrada neste hospital com hemorragia de nível de consciência e recuperação em 100%, porém com D. Nalado T. P. (marcha de robô) e utilização de Óxido de nêutro, e com Gargal 3/5; Ruptura da membrana D. Nalado, e com Hipótese diagnóstica ACE grave Abd. Tiroide

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

CONDUTA MEDICA

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

DIETA

☐ ZERO ☐ LIVRE
☐ LÍQUIDA ☐ BRANDA
☐ PASTOSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1) Sedação: Midazolam 5mg + 40 IV + Fentanyl 2mg + 40 IV
2) Manutenção: Midazolam 2FA + SFO 9% 100ml IV 20g/min
3) FOT + Ventilação com pressão FB 12g/min
4) SFO 9% 100ml IV 60g/min

Dr. Fernando: Assinatura

MARCO
CREMIO 18784
CREMERB 3345

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

Ⓢ R A T I F I C A Ç Ã O !

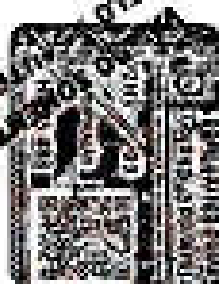
Nome: Eudimar Sales Bandeira

D.N: 30.01.1978

DOC: 54.514 295 - 7

Antônio Carlos Gomes de Oliveira
Comarca de Jaguaripe
Município de Jaguaripe

SELO
AUTENTICADOR
DO JORNALE COM
7



Capitão de Polícia Rua Santa Bárbara, 100 - Jaguaripe 13210-000 - SP	7 A presente cópia fotostática confere com a original que me foi entregue Dou fe Jaguaripe-Ce 08 MAI 2017 Em testemunho <u>R</u> da verdade <i>Fatima Maria Barbosa</i> Fatima Maria Barbosa Tabella Valido Semente com o selo de autenticidade
--	--

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

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

Nome do Mãe / Responsável: _____

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

1. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

OUTROS: _____

2. RISCOS DE RISCO

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

OUTROS: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

OUTROS: _____

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

ODONTOGRAMAS

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

RELATÓRIO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

15/08/13 100 x 70

Relato vital: dorme bem na cama de paciente, 39 anos, vítima de acidente automobilístico envolvendo com TCE grave e trauma de face. Sinais cefálicos e de membros superiores e inferiores com dor intensa em tornozelos e dedos. Apresenta sinais de desidratação e desidratação moderada. Apresenta sinais de desidratação e desidratação moderada. Apresenta sinais de desidratação e desidratação moderada.

No momento, encontra-se acometido de desidratação, com desidratação moderada e desidratação moderada. Apresenta sinais de desidratação e desidratação moderada. Apresenta sinais de desidratação e desidratação moderada.

Apresenta sinais de desidratação e desidratação moderada. Apresenta sinais de desidratação e desidratação moderada. Apresenta sinais de desidratação e desidratação moderada. Apresenta sinais de desidratação e desidratação moderada.

CB: 1) Indício fisiológico

2) Dificuldade de acesso (cabeça)

3) Apresenta desidratação moderada e desidratação moderada

4) Apresenta desidratação moderada e desidratação moderada

5) Apresenta desidratação moderada e desidratação moderada

6) Apresenta desidratação moderada e desidratação moderada

Autenticação
Conferência
Assinatura
Data
Hora

CREMEP 257550

SUS-898 0005 9324 8356



JAGUARIBE
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

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

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

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

ACRÁVOS DE RISCO

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

ANTECEDENTES FAMILIARES


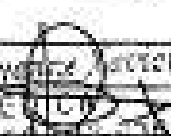
☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES MICO ☐ HANSENÍASE
☐ TUBERCULOSE ☐ HIPERTENSÃO
TÍTULOS

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

ODONTOGRAMAS

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

RELATÓRIO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

DATA	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/19		<p>Paciente Relata de Eritema sobre o EVS, Tomar 2 cp / P. dia, diazepam 5 mg, tomar 1 cp a noite</p>	
			
05/04/19		<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE e início ruído de alimentação por via VO. Paciente consciente, "verbaliza", movimentos em 4 membros e queixa-se de dor no local da escara.</p> <p>Foi à família onde orientamos sobre os cuidados para retirada de traqueostomia. Não foi mais indicada cirurgia de face.</p> <p>Paciente iniciou diarreia da fenda com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória.</p> <p>ACV: RR, 2T, BNF, 12/12/2018</p> <p>PA: 110/70, com ritmos cardíacos</p> <p>Paciente com amiotrofia e paralisia do olhar vertical à D.</p> <p>PA: 350 x 40</p> <p>Traqueostomia com secreção e sem flegm.</p> <p>Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
<p>Contato com o original</p> <p>Contato com o original</p> <p>Contato com o original</p>		<p>CD: ① Oriento limpeza / curativo da escara</p> <p>② Mudança de decúbito a cada 2 hrs</p> <p>③ Solicito TC de crânio</p> <p>④ Encaminhado ao "Mulher em casa"</p> <p>⑤ Aguarda diarreia da fenda e acompanhamento fisioterápico.</p>	



Jaguaribe
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Eudimar Felix Brito Sexo: ☐ M ☐ F
 Local de Nascimento: 21.01.78 Município de Res.: _____ UF: _____
 Data de Nascimento: _____ Data de PIS: _____
 End. Atual: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
 Data de Emissão: ____/____/____
 Nome da Mãe / Responsável: _____
 Data de Emissão: ____/____/____

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

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

2. ATRAVÉS DE RISCO

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

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES ☐ HANSENASE
☐ NEUROSIN ☐ HIPERTENSÃO ☐ TUBERCULOSE
 OUTROS: _____

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

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO				
DATA																
2º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO				
DATA																
3º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO				
DATA																

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

LAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

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

SUS=898 0005 9324 8356



Jaguaribe
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

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

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

2 - ANTECEDENTES PESSOAIS

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

3 - AGRAVOS DE RISCO

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

4 - ANTECEDENTES FAMILIARES

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

*Original e cópia
 conforme o original
 arquivos desta Prefeitura
 07/05/2012*

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

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA												
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34
				85	84	83	82	81	71	72	73	74
2º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA												
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34
				85	84	83	82	81	71	72	73	74
3º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA												
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34
				85	84	83	82	81	71	72	73	74

AValiação Clínica e Diagnóstica

Data	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17		<p>Reverso. Recusa de Eritrato 100mg 02 x 5, tomar 2 cp / P dia, Lisipato 5 mg, tomar 1 cp a noite.</p>	
03/04/17		<p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizada, se alimentando por SNE a início quente de alimentação paralis VD. Paciente consciente, "entoliza", movimentos em 4 membros e quiza- se espanta de dar um local da escara. Foi à Entoliza onde orientamos retorno em setembro para retirada de traqueostomia. Não foi mais indicada cirurgia de face. Dev. início de desmame da comida com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, 21, CUF, 12/12 PA: 110/70, com rútilos esporádicos Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D. PA: 330 x 70 Traqueostomia com mucosa e sem fístula. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
		<p>CD: ① Oriento limpeza / curativo da escara ② Mudança de decúbito a cada 2 hrs ③ Solicito TC de crânio ④ Encaminho ao "Melhor em casa" ⑤ Aguardo desmame da comida e acompanhamento fisioterápico.</p>	

Autêntico xerox
 Conforme o original
 arquivado nesta Prefeitura
 em 10/05/17

Dr. [Assinatura]
 Médico

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL


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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CAD. SUS: 045003-11-5019	NOME: FLERMAN FELIX BARROSA			Registro: 045024	
CPF:	RG:	D. NASC: 20/01/1978	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Preta
NOME DA MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BARROSA			NOME DO PAI: LUIZ FELIX BARROSA		
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: VIA DO JAZZING		Nº: 34	BARRIO: ZONA RURAL
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 3310429	MUNICÍPIO: JACARECANGA	UF: CE	CEP: 6120000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: LUIZ FELIX BARROSA		PARENTESCO: PAI		TELEFONE:	
TIPO DE VÍNCULO: ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CBO:		
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta, Acidente de transporte sem controle, Trauma cranioencefalico, queda de produção de uma motocicleta					
QUEIXAS: VITIMA DE QUITA DE MOTO, COM TCE GRAVE, INTUBADO.					
OBSERVAÇÕES: TRAUMA CRANIOENCEFALICO, RESPIRAÇÃO INADEQUADA.					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Zona Rural					
Endereço da Ocorrência: Zona Rural		Endereço da Ocorrência: Zona Rural		Prioridade de Atendimento: VERMELHO	
Especialidade do Atendimento:					
Atendimento Médico:					

Assinatura:

Nome do Paciente:

Código:

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



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978

PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

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

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

JOAQUIM V.
MÉDICO
CRM 10014401

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

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978

PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

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

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

JOAQUIM V.
MÉDICO
CRM 10014401

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO E/OU AME-IJF

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Ac du moto



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIIBE

CNPJ: 07.443.704/0001-60

BR 116 Km 300 - Cruzeiro - Japaratuba

Rev. Salmo Barners, 48
1981523.1083 - Jussara

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Name: Indira Felix Mendez

Sexo: M () F ()

Data de Nascimento: 20/04/20

Race/Cor: White

CNS

End. Residência: Vila da Penha

PSF: Ed Klined

DADOS DA CONSULTA

Data: 05/09/16

Hora da Chegada: 05:00

T: _____
PA: 90 x 60 - 0

Hora do Atendimento

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

SINAISE E SINTOMAS
 Pequeno rubor da corónea superior (lado L), da entrada
 ventral umbilical com hiperemia da úvula de coloração e
 congestão na far. alguns LCR's. Na base LCR (medula)
 de redução e utilização óvula do presente
 Gargalho 3/5; Rubor da corónea D. do LCR, e LCR
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA
 ACE grave Abd. Tronco

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

CONDOTA MEDICA

Observação: 6h ☐ 12h ☐ 24h ☐

Transferência ☐ Internação ☐

DIETA

☐ ZERO ☐ LIVRE

☐ LIQUIDA ☐ BRANDA☐ PASTORA**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

1 Sedação: Midazolam 5ml + 40IU + Fentanyl 5ml + 40IU
 2 Manejo dor: Midazolam 5ml + 40IU + 50mg Morphine
 3 FIO + Ventilação com pressão + B. 20cmH₂O
 4 SPO₂ 92% 60ml/min 60cmH₂O

By For the Plaintiff 10/12/08

Modelo
CREMIG 16784
SUEB 8948

ASSUNTI DA DO MÉRICO

ASSINATURA DO PACIENTE

Ⓢ R A T I F I C A Ç Ã O !

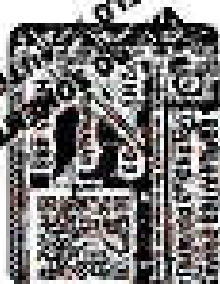
Nome: Eudimar Sales Bandeira

D.N: 30.01.1978

DOC: 54.514 295 - 7

Antônio Carlos Gomes de Sá
Comarca de Jaguaripe
Município de Jaguaripe

SELO
AUTENTICADOR
DO JORNALE COM
7



Capitão de Polícia Rua Santa Eulália nº 100 - Jaguaripe (35) 3522-1100	7 A presente cópia fotostática confere com a original que me foi entregue Dou fe Jaguaripe-Ce 08 MAI 2017 Em testemunho <u>R</u> da verdade <i>Fatima Maria Barbosa</i> Fatima Maria Barbosa Tabella Valido somente com o selo de autenticidade
--	--

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

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

Nome do Médico Responsável: _____

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

1. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

OUTROS: _____

2. DOENÇAS DE RISCO

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

OUTROS: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

OUTROS: _____

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

ODONTOGRAMAS

1ª EXAME	DATA	ODONTOGRAMAS
		<div> <div> DIREITO 55 54 53 52 51 81 82 83 84 85 ESQUERDO </div> <div> 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38 71 72 73 74 75 </div> </div>
2ª EXAME		<div> <div> DIREITO 55 54 53 52 51 81 82 83 84 85 ESQUERDO </div> <div> 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38 71 72 73 74 75 </div> </div>
3ª EXAME		<div> <div> DIREITO 55 54 53 52 51 81 82 83 84 85 ESQUERDO </div> <div> 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38 71 72 73 74 75 </div> </div>

EXATÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA /
SERVIÇO

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

15/08/13

Exatão vital: dorme bem na cama de paciente, 39 anos, vítima de acidente automobilístico envolvendo com TCE grave e trauma de fêmur. Sinais de 2 fraturas e tendão em fêmur. Feridas e diáfragma de ruptura. Sinais de contusão com escoriações e contusões. Aguarda internar para a cirurgia em urgência.

No momento, encontra-se acometido de dor, em abstinência por SNE e uso de analgésicos. Sinais de contusão / feridas. Exatão nervosa e irritação com a escoriação.

Relato de dor da escoriação interna à D, apresentando fêmur livre e dor no osso à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos com mm II. Sinais de dor. Apresenta dor no membro superior com dor em punho e dor no membro inferior com dor no tornozelo. ARI: RR: 20, SAT: 95%, PA: 120/80, FC: 90, PR: 10 bpm.

CB: 1) Janela fisiológica

2) Dor no osso (fêmur)

3) Dor no osso (fêmur)

4) Dor no osso (fêmur)

5) Dor no osso (fêmur)

6) Dor no osso (fêmur)

Autenticidade
Conformidade
Qualidade
Originalidade
Preferência

SUS-898 0005 9324 8356



JAGUARIBE
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

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

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

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

ACRÁVOS DE RISCO

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

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


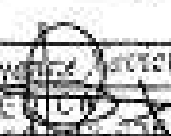
DIABETES MELLITO
 TUBERCULOSE
 HIPERTENSÃO
 HANSENÍASE
 09/11/14

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

ODONTOGRAMAS

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

RELATÓRIO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

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



Jaguaribe
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Eudimar Felix Brito Sexo: ☐ M ☐ F
 Local de Nascimento: 21.01.78 Município de Res.: _____ UF: _____
 Data de Nascimento: _____ Data de PIS: _____
 End. Atual: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
 Data: _____ Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Nome da Mãe / Responsável: _____

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

2. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

3. ATRAVÉS DE RISCO

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

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES ☐ HANSENASE
☐ NEUROSIN ☐ HIPERTENSÃO ☐ TUBERCULOSE
 OUTROS: _____

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

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO				
DATA																
2º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO				
DATA																
3º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO				
DATA																

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

LAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

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

SUS=898 0005 9324 8356



Jaguaribe
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Usuário: Eudimar Felix Bahiano Sexo: M ☒ F ☐
 Data de Nascimento: 30.02.78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
 Idade: _____ N.º do PIS: _____
 Identidade: _____ UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
 Unidade Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
 Voto: _____ Folhas: _____ Tombo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Cód. de Mãe / Responsável: _____

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

2 - ANTECEDENTES PESSOAIS

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

OUTROS: _____

3 - AGRAVOS DE RISCO

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

OUTROS: _____

4 - ANTECEDENTES FAMILIARES

































































































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

OUTROS: _____

*Original e cópia
 conforme o original
 arquivos desta Prefeitura
 07/05/2012*

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

ODONTOGRAMAS

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

AValiação Clínica e Diagnóstica

Data	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/11		Reverso. Recusa de Eritrato 100mg 0,5 exs, tomar 2 cp / P dia, lisipar 3 mg, tomar 1 cp a noite	
03/04/17		<p>Realizo visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE a início quente de alimentação paralis VD. Paciente consciente, "entoliza", movimentos em 4 membros e quiza- se apenas de dor no local da escara. Foi à Entoliza onde orientamos retorno em setembro para retirada de traqueostomia. Não foi mais indicada cirurgia de face. Dev. iniciar desmame da sonda com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, 21, CUF, 12/12 AB: MV 12, com riles esporádicos Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D PA: 330 x 90 Traqueostomia com recusa e sem flegma Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
<p>Autentico xerox Conforme o original arquivado nesta pasta 03/11/17</p>		<p>CD: ① Oriento limpeza / curativo da escara ② Mudança de decúbito a cada 2 hrs ③ Solicito TC de crânio ④ Encaminhado ao "Melhor em casa" ⑤ Aguardo desmame da sonda e acompanhamento fisioterápico.</p>	<p>Dr. [Assinatura]</p>

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CAD. SUS: 045001-11-5019	NOME: FLERMAN FELIX BARROSA			Registro: 045024	
CPF:	RG:	D. NASC: 20/01/1978	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Preta
NOME DA MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BARROSA			NOME DO PAI: LUIZ FELIX BARROSA		
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: VIA DO JAZZING		Nº: 34	BARRIO: JONA RURAL
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 3310429	MUNICÍPIO: JACARECÉ	UF: CE	CEP: 6110000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: LUIZ FELIX BARROSA		PARENTESCO: PAI		TELEFONE:	
TIPO DE VÍNCULO: ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CBO:		
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta, Acidente de transporte sem controle, Trauma cranioencefalico, queda de produção de uma motocicleta					
QUEIXAS: VITIMA DE QUITA DE MOTO, COM TCE GRAVE, INTUBADO.					
OBSERVAÇÕES: TRAUMA CRANIOENCEFALICO, RESPIRAÇÃO INADEQUADA.					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Jona Rural					
Exame de Ur: Sem dar		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO:					

Assessor:

Nome: Rôney

Código:

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

Ac de moto

VALIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-66

BR 116 Km 300 - Cruzeiro - Jaguaribe

Atendimento do 2º Ofício
R. São Sebastião, 100
Jaguaribe - CE 61.911-100
(85) 3523.1000

Atendimento do 1º Ofício
R. São Sebastião, 100
Jaguaribe - CE 61.911-100
(85) 3523.1000

Atendimento do 3º Ofício
R. São Sebastião, 100
Jaguaribe - CE 61.911-100
(85) 3523.1000

Atendimento do 4º Ofício
R. São Sebastião, 100
Jaguaribe - CE 61.911-100
(85) 3523.1000

Atendimento do 5º Ofício
R. São Sebastião, 100
Jaguaribe - CE 61.911-100
(85) 3523.1000

Atendimento do 6º Ofício
R. São Sebastião, 100
Jaguaribe - CE 61.911-100
(85) 3523.1000

Atendimento do 7º Ofício
R. São Sebastião, 100
Jaguaribe - CE 61.911-100
(85) 3523.1000

Atendimento do 8º Ofício
R. São Sebastião, 100
Jaguaribe - CE 61.911-100
(85) 3523.1000

Atendimento do 9º Ofício
R. São Sebastião, 100
Jaguaribe - CE 61.911-100
(85) 3523.1000

Atendimento do 10º Ofício
R. São Sebastião, 100
Jaguaribe - CE 61.911-100
(85) 3523.1000

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

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

DADOS DA CONSULTA

Data: 05.09.16 Hora da Chegada: 05:00 T: 90 x 60 - 18
Hora do Atendimento: 05:00 PA: 90 x 60 - 18

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Paciente relata de evolvente hipertensão (exc), deu entrada neste ambulatório com hipertensão de 180/110 mmHg e alteração no ECG, alguns exames de sangue e urina. História de hipertensão e tratamento com medicação. Hipótese diagnóstica: Hipertensão arterial sistólica. Tratamento: ACE inibidor.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

CONDUTA MEDICA

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

DIETA

☐ ZERO ☐ LIVRE
☐ LIQUIDA ☐ BRANDA
☐ PASTOSA

PRESCRIÇÃO MEDICA

1) Sedação: Midazolam 5mg + 40ml + Fentanyl 2mg + 40ml
2) Manutenção: Midazolam 2mg + 40ml + Fentanyl 2mg + 40ml
3) FOT + Ventilação com pressão 12 cmHg
4) SPO2 98% com 100% O2 10L/min

Dr. Fernando: Assinatura

MARCO
CREMEO 18784
CREMERN 3345

ASSINATURA DO MEDICO



Assinatura

ASSINATURA DO PACIENTE

Ⓢ R A T I F I C A Ç Ã O !

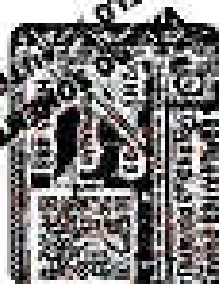
Nome: Eudimar Sales Bandeira

D.N: 30.01.1978

DOC: 54.514 295 - 7

Antônio Carlos Gomes de Sá
Comarca de Jaguaripe
Município de Jaguaripe

SELO
AUTENTICADOR
DO JORNALE COM
7



Capitão de Polícia Rua Santa Bárbara, 100 - Jaguaripe CEP: 55220-000 - Jaguaribe (82) 3522-1100	7 Apresente cópia fotostática conferida com a original que me foi entregue Dou fe Jaguaribe-Ce 08 MAI 2017 Em testemunho <u>R</u> da verdade <i>Fatima Maria Barbosa</i> Fatima Maria Barbosa Tabella Valido somente com o selo de autenticidade
--	---

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

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

Nome do Médico Responsável: _____

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

1. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

OUTROS: _____

2. RISCOS DE RISCO

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

OUTROS: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

OUTROS: _____

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

ODONTOGRAMAS

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

EXATÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

SECRET

TESTE HISTÓRIA / EXAME FÍSICO DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSIN & TILLY

5770715

1600 x 70

Realiza visita domiciliar na casa de paciente, 39 anos, vítima de acidente motorciclístico envolvendo com TCE grave e fratura de fêmur. Exame físico de 2 membros inferiores com fraturas e duas deformidades ósseas e contusões com escoriações e hematomas. Aguarda transporte para o hospital com urgência.

No momento, encontra-se ocorrendo duradouro, em alimentação por SNE e uso de droga anestésica. Limpo e sem reação / flacidez. Está nervoso e interage com o examinador.

Reporta redução da incidência viral
de D, apresentando piores resultados
quando à E. Apresenta redução da
força e limitação dos movimentos
com um II. Queixa de dor

Apresenta surto mais prolongado
sem febre em fase aguda de
eritematoso com grande vermelhidão
simétrica e brilhante.

ATCU: 20.27	GRAB	2/10/2009
AR: m(1)	corn	american
BR: 18.00	FR: 18.00	2/10/2009

CB: ① Judio prietaria

Methodology: Phenomenology

difficultade de acesso (refus)

(2) Remove vaccine at Ferturina noon	20 mg	20 / dia
Grade SNE		

3) Aguardando reaparecimento - cirurgia + tratamento com FísioLogia

4	40 micrometros	720 por unidades
5	2 micrometros	

5. Phosphorus H_3PO_4

⑤ Prochlorperazine 5 mg.

~~CREME 26000~~

SUS-898 0005 9324 8356



JAGUARIBE
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

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

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ SÍFILIS ☐ DIFTERIA ☐ HANSENÍASE ☐ POLIOQUELITE
☐ FEBRE TIFÓIDEA ☐ SARAMPO ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE
TÍTULOS: _____

ACRÁVOS DE RISCO

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

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



DIABETES MELLITO
TUBERCULOSE
HANSENÍASE
09/11/2009

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

ODONTOGRAMAS

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

RELATÓRIO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

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



Jaguaribe
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Eudimar Felix Brito Sexo: ☐ M ☐ F
 Local de Nascimento: 21.01.78 Município de Res.: _____ UF: _____
 Data de Nascimento: _____ Data de PIS: _____
 Endereços: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
 Data: _____ Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Nome da Mãe / Responsável: _____

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

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

2. ATRAVÉS DE RISCO

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

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES ☐ HANSENASE
☐ NEUROSIN ☐ HIPERTENSÃO ☐ TUBERCULOSE
 OUTROS: _____

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

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
2º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
3º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						

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

LAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

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

SUS=898 0005 9324 8356



JAGUARIBE
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Usuário: Eudimar Felix Bahiano Sexo: M ☒ F ☐
Data de Nascimento: 30.02.78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
Idade: _____ N.º do PIS: _____
Identidade: _____ UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
Unidade Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
Voto: _____ Folhas: _____ Tombo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Código de Mãe / Responsável: _____

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

2 - ANTECEDENTES PESSOAIS

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

OUTROS: _____

3 - AGRAVOS DE RISCO

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

OUTROS: _____

4 - ANTECEDENTES FAMILIARES

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

OUTROS: _____

*Original e cópia
Cópia autenticada
Arquivos desta Prefeitura
07/05/2012*

DATA	TIPOS	A. POLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	S. C. G.	TTDT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1ª								
	2ª								
	3ª								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

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

AValiação Clínica e Diagnóstica

Data	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17		<p>Reverso. Recusa de Eritrato 100mg 02 x 5, tomar 2 cp / P dia, Lisipato 5 mg, tomar 1 cp a noite.</p>	
03/04/17		<p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizada, se alimentando por SNE a início quente de alimentação paralis VD. Paciente consciente, "entoliza", movimentos em 4 membros e quiza- se espanta de dar um local da escara. Foi à Entoliza onde orientamos retorno em setembro para retirada de traqueostomia. Não foi mais indicada cirurgia de face. Dev. início de desmame da comida com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, 21, CUF, 12/12 PA: 110/70, com rútilos esporádicos Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D. PA: 330 x 70 Traqueostomia com mucosa e sem flegma. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
		<p>CD: ① Oriento limpeza / curativo da escara ② Mudança de decúbito a cada 2 hrs ③ Solicito TC de crânio ④ Encaminhado ao "Melhor em casa" ⑤ Aguardo desmame da comida e acompanhamento fisioterápico.</p>	

Autêntico xerox
 Conforme o original
 arquivado nesta Prefeitura
 em 10/05/17

Dr. [Assinatura]
 Médico

**Registro de Atendimento
Emergencial**

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 20/04/2017 04:02:37	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CAD. SUS: 000000-11-00000	NOME: FLERMAN FELIX BARROSA			Registro: 000000			
CPF:	RG:	D. NASC: 20/01/1978	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	NASCIMENTO: 20/01/1978		
NOME DA MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BARROSA				NOME DO PAI: LUIZ FELIX BARROSA			
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: VIA DO JAZZING		Nº: 34	BARRIO: ZONA RURAL		
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 000000	MUNICÍPIO: JACARECANGA		UF: CE	CEP: 000000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: LUIZ FELIX BARROSA		PARENTESCO: PAI		TELEFONE:			
TIPO DE VÍNCULO: ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CBO:			
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta, Acidente de transporte sem controle, Acidente com veículo, Acidente de produção de uma emergência							
DIAGNÓSTICO: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM TCE GRAVE, INTUBADO							
OBSERVAÇÕES: TRAUMA CRANIOENCEFALICO, RESPIRAÇÃO INADEQUADA							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Zona Rural							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Zona Rural		Cidade de Origem: São José		PRORRIGÊNCIA DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDEMENTO MÉDICO:							

Assinatura:

Nome do Paciente:

Código:

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



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978

PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

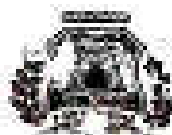
MOTIVO: PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 25/09/2016, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE, TRAUMA DE FACE; EDEMA CEREBRAL, INTUBADO SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA, ADMITIDO EM UTI EM 11/10/2016, FOI TRAQUEOSTOMIZADO (DR. IRAPUAN ROCHA). EVOLUIU COM FORMAÇÃO DE ÚLCERA SACRAL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

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

JOAQUIM V.
MÉDICO
CRM 10014401

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO E/OU AME-IJF

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978

PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

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

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

JOAQUIM V.
MÉDICO
CRM 10014401

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO RAE/NUA ME-IJF

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Ac de moto

VALIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-66

BR 116 Km 300 - Cruzeiro - Jaguaribe

Atendimento do 2º Ofício
Rua Emanoel Barreto, 100
89119-231 Jaguaribe - CE

Atendimento do 1º Ofício
Rua Emanoel Barreto, 100
89119-231 Jaguaribe - CE

Atendimento do 3º Ofício
Rua Emanoel Barreto, 100
89119-231 Jaguaribe - CE

Atendimento do 4º Ofício
Rua Emanoel Barreto, 100
89119-231 Jaguaribe - CE

Atendimento do 5º Ofício
Rua Emanoel Barreto, 100
89119-231 Jaguaribe - CE

Atendimento do 6º Ofício
Rua Emanoel Barreto, 100
89119-231 Jaguaribe - CE

Atendimento do 7º Ofício
Rua Emanoel Barreto, 100
89119-231 Jaguaribe - CE

Atendimento do 8º Ofício
Rua Emanoel Barreto, 100
89119-231 Jaguaribe - CE

Atendimento do 9º Ofício
Rua Emanoel Barreto, 100
89119-231 Jaguaribe - CE

Atendimento do 10º Ofício
Rua Emanoel Barreto, 100
89119-231 Jaguaribe - CE

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

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

DADOS DA CONSULTA

Data: 05/09/16 Hora da Chegada: 05:00 T: 90 x 60 - 18
Hora do Atendimento: 05:00 PA: 90 x 60 - 18

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Paciente relata de evolvente hipertensão (exc), deu entrada neste ambulatório com hipertensão de 180/110 mmHg e alteração no ECG, aparece ECG D. Nalinda TPT (moderada) de redução e utilização clínica do presente. Paroxismo 3/15; Ruptura da parede do ventrículo, e perda
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA ACE grave Abd. Tirotoide

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

CONDUTA MÉDICA

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

DIETA

☐ ZERO ☐ LIVRE
☐ LÍQUIDA ☐ BRANDA
☐ PASTOSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1) Sedação: Midazolam 5mg + 40 IV + Fentanyl 2mg + 40 IV
2) Manutenção: Midazolam 2mg + 40 IV + Fentanyl 2mg + 40 IV
3) 40 IV + Ventolín 2mg + 40 IV
4) 40 IV + 40 IV

Dr. Fernando: Assinatura

MARCO
CREMIO 18784
CREMERB 3345

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

Ⓢ R A T I F I C A Ç Ã O !

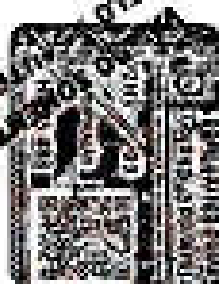
Nome: Eudimar Sales Bandeira

D.N: 30.01.1978

DOC: 54.514 295 - 7

Antônio Carlos Gomes de Oliveira
Comarca de Jaguaripe
Município de Jaguaripe

SELO DE AUTENTICIDADE
NÃO DESCOLAR



Capitão de Polícia Rua Santa Eulália nº 100 - Jaguaripe (35) 3522-1100	7 A presente cópia fotostática confere com a original que me foi entregue Dou fe Jaguaripe-Ce 08 MAI 2017 Em testemunho <u>R</u> da verdade <i>Fatima Maria Barbosa</i> Fatima Maria Barbosa Tabella Valido Semente com o selo de autenticidade
--	--

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

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

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

1. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

OUTROS: _____

2. DOENÇAS DE RISCO

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

OUTROS: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

OUTROS: _____

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

ODONTOGRAMAS

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

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

EXATÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

SECRET

TESTES DE EXAME FISIOTERAPÊUTICO: EVOLUÇÃO

ASSIN & TILLY

577075

1600 x 70

Realiza visita domiciliar na casa do paciente, 39 anos, vítima de acidente motorciclístico envolvendo com TCE grave e fratura de fêmur. Vítima com 2 meses internado em Fortaleza e duas deglambas mecânicas para a continuação com acompanhamento ambulatorial. Aguarda informe para o encaminhamento com urgência.

No momento, encontra-se ocorrendo duradouro, em alimentação por SNE e uso de droga esteróide. Limpo e sem reação / flacidez. Está nervoso e interage com o examinador.

Reporta redução da incidência viral de D, apresentando piores resultados e maior incidência de A. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos com 11 dias de adoção.

Apresenta surto mais prolongado
sem febre em fase aguda de
eritematoso com grande vermelhidão
simétrica e brilhante.

ACU: RR, 27 RAF 2/12/2009
AR: mud corn manure diamonds
w/ barnyard FR: 18/4/2009.

CB: ④ Jindio prietangia
umetana, psonan, Rg

2) Removal of excess (nitro)
Penetration 100mg 2x/day
total 500

3) Apogonido proporcional - elutriación

4) O nicotina em Portugal
+ nicotina no seu cuidado

5 Phacelia F. b. ach

⑤ Prunella sp. 5 mg.

Autentico
Conforme
originali
Cesta Prefectura

~~CREME 26000~~

SUS-898 0005 9324 8356



JAGUARIBE
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

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

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ SQUISUDE ☐ DIFTERIA ☐ HANSENÍASE ☐ POLIOMIELITE
☐ RUBÉOLA ☐ SARAMPO ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE
TÍTULOS

ACRÁVOS DE RISCO

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

ANTECEDENTES FAMILIARES


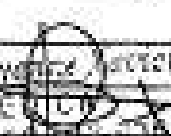
☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES MICO ☐ HANSENÍASE
☐ TUBERCULOSE ☐ HIPERTENSÃO
TÍTULOS

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

ODONTOGRAMAS

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

RELATÓRIO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

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



Jaguaribe
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Eudimar Felix Brito Sexo: ☐ M ☐ F
 Local de Nascimento: 21.01.78 Município de Res.: _____ UF: _____
 Data de Nascimento: _____ R. Co PIS: _____
 End. Atual: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
 Data de Emissão: ____/____/____
 Nome da Mãe / Responsável: _____
 Data de Emissão: ____/____/____

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

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

2. ATRAVÉS DE RISCO

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

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES ☐ HANSENASE
☐ NEUROSIN ☐ HIPERTENSÃO ☐ TUBERCULOSE
 OUTROS: _____

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

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO				
DATA																
2º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO				
DATA																
3º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO				
DATA																

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

LAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

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

SUS=898 0005 9324 8356



Jaguaribe
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Usuário: Eulimar Felix Bahiano Sexo: M ☒ F ☐
 Data de Nascimento: 30.02.78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
 Idade: _____ N.º do PIS: _____
 Identidade: _____ UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
 Unidade Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
 Valor: _____ Folhas: _____ Tombo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Nome do Mãe / Responsável: _____

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

2 - ANTECEDENTES PESSOAIS

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

OUTROS: _____

3 - AGRAVOS DE RISCO

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

OUTROS: _____

4 - ANTECEDENTES FAMILIARES

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

OUTROS: _____

*Original e cópia
 conforme o original
 arquivos desta Prefeitura
 07/05/2012*

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

ODONTOGRAMAS

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

AValiação Clínica e Diagnóstica

Data	Clínica / Serviço	História / Exame Físico / Diagnóstico / Evolução	Assinatura
03/11		Reverso. Recusa de Eritritol 100mg 0,5 exs, tomar 2 cp / P dia, lisipat 3 mg, tomar 1 cp a noite	
03/04/17		<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE a início quente de alimentação paralisada VO. Paciente consciente, "entoliza", movimentos em 4 membros e quiza- se apenas de dor no local da escara. Foi à Entoliza onde orientamos retorno em setembro para retirada de traqueostomia. Não foi mais indicada cirurgia de face. Dev. iniciar desmame da sonda com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, 21, CUF, 12/12 AB: MV 12, com rútilos espontâneos Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D. PA: 330 x 90 Traqueostomia com mucosa e sem fístula. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
<p>Autêntico xerox Conforme o original arquivado nesta pasta da 1.ª. 13</p>		<p>CD: ① Oriento limpeza / curativo da escara ② Mudança de decúbito a cada 2 hrs ③ Solicito TC de crânio ④ Encaminhado ao "Melhor em casa" ⑤ Aguardo desmame da sonda e acompanhamento fisioterápico.</p>	

Dr. Paulo Sérgio
MELO

**Registro de Atendimento
Emergencial**

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 20/04/2017 04:02:37	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CAD. SUS: 000000-11-00000	NOME: FLERMAN FELIX BARROSA					Registro: 000000	
CPF:	RG:	D. NASC: 20/01/1978	ESTADO CIVIL:		SEXO: M	NASCIMENTO: 20/01/1978	
NOME DA MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BARROSA				NOME DO PAI: LUIZ FELIX BARROSA			
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: VIA DO JAZZIRO		Nº: 34	BARRIO: JONA RURAL		
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 000000	MUNICÍPIO: JACARECANGA		UF: CE	CEP: 000000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: LUIZ FELIX BARROSA		PARENTESCO: PAI			TELEFONE:		
TIPO DE VÍNCULO: ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CBO:		
ACIDENTE E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta, Acidente de transporte sem controle, Acidente com veículo, Acidente de produção de uma emergência							
DIAGNÓSTICO: VITIMA DE QUITA DE MOTO, COM TCE GRAVE, INTUBADO.							
OBSERVAÇÕES: TRAUMA CRANIOENCEFALICO, RESPIRAÇÃO INADEQUADA.							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Jona Rural							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Jona Rural		Cidade de Origem: São José		PRORRIGADO DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDEMENTO MÉDICO:							

Assinatura:

Nome do Paciente:

Código:

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

Ac do moto

VALIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-66

BR 116 Km 300 - Cruzeiro - Jaguaribe

Atendimento do 2º Ofício
Rua São João Barrera, 100
88913-023 Jaguaribe - CE

Atendimento do 1º Ofício
Rua São João Barrera, 100
88913-023 Jaguaribe - CE

Atendimento do 3º Ofício
Rua São João Barrera, 100
88913-023 Jaguaribe - CE

Atendimento do 4º Ofício
Rua São João Barrera, 100
88913-023 Jaguaribe - CE

Atendimento do 5º Ofício
Rua São João Barrera, 100
88913-023 Jaguaribe - CE

Atendimento do 6º Ofício
Rua São João Barrera, 100
88913-023 Jaguaribe - CE

Atendimento do 7º Ofício
Rua São João Barrera, 100
88913-023 Jaguaribe - CE

Atendimento do 8º Ofício
Rua São João Barrera, 100
88913-023 Jaguaribe - CE

Atendimento do 9º Ofício
Rua São João Barrera, 100
88913-023 Jaguaribe - CE

Atendimento do 10º Ofício
Rua São João Barrera, 100
88913-023 Jaguaribe - CE

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

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

DADOS DA CONSULTA

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

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Paciente relata de exolente hipertensão (ex), deu entrada
nesta unidade com hipertensão de nível de emergência e
acompanha em casa, alguns dias. História de hipertensão
de longa data e utilização crônica de medicação.
Gestou 315; Hipertensão de longa data, e hoje
hipótese diagnóstica: ACE grave Abd. Tiroide

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

CONDUITA MEDICA

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

DIETA

☐ ZERO ☐ LIVRE
☐ LIQUIDA ☐ BRANDA
☐ PASTOSA

PRESCRIÇÃO MEDICA

1) Sedação: Midazolam 5mg + 40 IV + Fentanyl 2mg + 40 IV
2) Manutenção: Midazolam 2mg + 40 IV + Fentanyl 2mg + 40 IV
3) 40 IV + Ventolín 2mg + 40 IV
4) 40 IV + 40 IV

Dr. Fernando: Assinatura

MARCO
CREMEO 18784
CREMERN 3345

ASSINATURA DO MEDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

Ⓢ R A T I F I C A Ç Ã O !

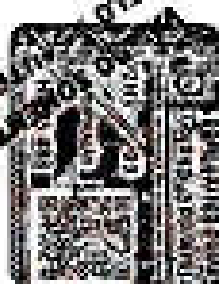
Nome: Eudimar Sales Bandeira

D.N: 30.01.1978

DOC: 54.514 295 - 7

Antônio Carlos Gomes de Sá
Comarca de Jaguaripe
Município de Jaguaripe

SELO
AUTENTICADOR
DO JORNALE COM
7



Capitão de Polícia Rua Santa Eulália nº 100 - Jaguaripe (081) 3523-1100 - 1100	7 A presente cópia fotostática confere com a original que me foi entregue Dou fe Jaguaribe-Ce 08 MAI 2017 Em testemunho <u>R</u> da verdade <i>Fatima Maria Barbosa</i> Fatima Maria Barbosa Tabella Valido Semente com o selo de autenticidade
--	--

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

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

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

1. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

OUTROS: _____

2. RISCOS DE RISCO

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

OUTROS: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

OUTROS: _____

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

ODONTOGRAMAS

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

SUS-898 0005 9324 8356



JAGUARIBE
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

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

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

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

ACRÁVOS DE RISCO

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

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



DIABETES MELLITO
 TUBERCULOSE
 CÂNCER
 09/11/14

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

ODONTOGRAMAS

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

RELATÓRIO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

DATA	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/19		<p>Paciente Relata de Eritema sobre o EVS, Tomar 2 cp / P. dia, diazepam 5 mg, tomar 1 cp a noite</p>	
			
05/04/19		<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE e início ruído de alimentação por via VO. Paciente consciente, "verbaliza", movimentos em 4 membros e queixa-se de dor no local da escara.</p> <p>Foi à família onde orientamos sobre os cuidados para retirada de traqueostomia. Não foi mais indicada cirurgia de face.</p> <p>Paciente iniciou diarreia da fenda com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória.</p> <p>ACV: RR, 2T, BNF, 12/12/2018</p> <p>PM: 110/70, com ritmos cardíacos</p> <p>Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D.</p> <p>PA: 110 x 70</p> <p>Traqueostomia com secreção e sem flegm.</p> <p>Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
<p>Contato com o original</p> <p>Contato com o original</p>		<p>CD: ① Oriento limpeza / curativo da escara</p> <p>② Mudança de decúbito a cada 2 hrs</p> <p>③ Solicito TC de crânio</p> <p>④ Encaminhado ao "Médico em casa"</p> <p>⑤ Aguardo diarreia da fenda e acompanhamento fisioterápico.</p>	



Jaguaribe
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Eudimar Felix Brito Sexo: ☐ M ☐ F
 Local de Nascimento: 21.01.78 Município de Res.: _____ UF: _____
 Data de Nascimento: _____ Data de PIS: _____
 End. Residência: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
 Data de Emissão: _____ Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Nome da Mãe / Responsável: _____

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

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

2. ATRAVÉS DE RISCO

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

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES ☐ HANSENASE
☐ NEUROSIN ☐ HIPERTENSÃO ☐ TUBERCULOSE
 OUTROS: _____

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

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO				
DATA																
2º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO				
DATA																
3º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO				
DATA																

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

LAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

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

SUS=898 0005 9324 8356



Jaguaribe
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Usuário: Eudimar Felix Bahiano Sexo: M ☒ F ☐
 Data de Nascimento: 30.02.78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
 Idade: _____ N.º do PIS: _____
 Identidade: _____ UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
 Unidade Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
 Voto: _____ Folhas: _____ Tombo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Cód. de Mãe / Responsável: _____

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

2 - ANTECEDENTES PESSOAIS

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

3 - AGRAVOS DE RISCO

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

4 - ANTECEDENTES FAMILIARES

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

*Original e cópia
 ficam em arquivo desta Prefeitura
 07/05/2012*

DATA	TIPOS	A. POLIO	TRIPLICE	A. SARAMPO	S. C. G.	TTDT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
	1ª								
	2ª								
	3ª								
	Ref.								

ODONTOGRAMAS

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

AValiação Clínica e Diagnóstica

Data	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17		<p>Reverso. Recusa de Eritrato 100mg 02 x 5, tomar 2 cp / 1 dia, Lisipato 5 mg, tomar 1 cp a noite.</p>	
03/04/17		<p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizada, se alimentando por SNE a início quente de alimentação paralis VD. Paciente consciente, "entoliza", movimentos em 4 membros e quiza- se espanta de dar um local da escara. Foi à Entoliza onde orientamos retorno em setembro para retirada de traqueostomia. Não foi mais indicada cirurgia de face. Dev. início de desmame da comida com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, 21, CUF, 12/12 PA: 110/70, com rútilos esporádicos Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D. PA: 330 x 70 Traqueostomia com mucosa e sem fístula. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
		<p>CD: ① Oriento limpeza / curativo da escara ② Mudança de decúbito a cada 2 hrs ③ Solicito TC de crânio ④ Encaminhado ao "Melhor em casa" ⑤ Aguardo desmame da comida e acompanhamento fisioterápico.</p>	

Autêntico xerox
 Conforme o original
 arquivado nesta Prefeitura
 em 10/05/17

Dr. [Assinatura]
 Médico

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CAD. SUS: 00000000000000000000	NOME: FERNAN FÉLIX BARROSA		Registro: 00000000		
CPF: 000000000000000000	RG: 000000000000000000	D. NASC: 20/01/1978	ESTADO CIVIL: 00	SEXO: M	RAÇA/COR: Preta
NOME DA MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BARROSA			NOME DO PAI: LUIZ FÉLIX BARROSA		
TIPO DE LOGRADOURO: 00		ENDEREÇO DO PACIENTE: VILA DO JAZZIZO		Nº: 00	BARRIO: ZONA RURAL
COMPLEMENTO: 00	TELEFONE CONTATO: 00000000	MUNICÍPIO: JACARECANGA	UF: CE	CEP: 00000000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: LUIZ FÉLIX BARROSA		PARENTESCO: PAI		TELEFONE: 00000000	
TIPO DE VÍNCULO: 00					
CBO DO EMPREGADO: 00		CNPJ DO EMPREGADOR: 000000000000000000		CÓDIGO DO CBO: 00	
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente sem violência, Acidente de transporte sem colisão, Trauma cranioencefálico, queda de produção de uma residência					
QUEIXAS: VITIMA DE QUINTA DE MOTO, COM TCE GRAVE, INTUBADO.					
OBSERVAÇÕES: TRAUMA CRANIOENCEFALICO, RESPIRAÇÃO INADEQUADA.					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Zona Rural					
Endereço da Ocorrência: 00000000		Endereço da Ocorrência: 00000000		Prioridade de Atendimento: VERMELHO	
Especialidade do Atendimento: 00					
Atendimento Médico: 00					

Assinatura:

Nome: Rômulo

Código:

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



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978

PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

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

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

JOAQUIM V.
MÉDICO
CRM 14401

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO RAE/NUA ME-IJF

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978

PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

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

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

JOAQUIM V.
MÉDICO
CRM 10014401

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO E/OU AME-IJF

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Ac de moto

VALIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-66

BR 116 Km 300 - Cruzeiro - Jaguaribe

Endereço do 2º Ofício	Rua São João Barrera, 100
Cidade	Jaguaribe - CE
CEP	61915-000
Telefone	(85) 3523.1000
Nome do Paciente	Fátima Maria Barbosa
Nome do Médico	Tatiana
Nome do Enfermeiro	Edna
Nome do Técnico	Edna
Nome do Auxiliar	Edna
Nome do Portador	Edna
Nome do Motorista	Edna
Nome do Condutor	Edna
Nome do Acompanhante	Edna
Nome do Visitante	Edna
Nome do Acompanhante	Edna
Nome do Visitante	Edna

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

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

DADOS DA CONSULTA

Data: 05/09/16 Hora da Chegada: 05:00 T: 90 x 60 - 18
Hora do Atendimento: 05:00 PA: 90 x 60 - 18

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Paciente relata de acidente automobilístico (carro), deu entrada neste hospital com hemorragia de nível de consciência e recuperação em 100%, porém com D. Nalado T. P. (marcha de robô) e utilização de Óxido de Níquel, e com Gargal 3/5; Ruptura da membrana D. Nalado, e com Hipótese diagnóstica ACE grave Abd. Tiroide

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

CONDUTA MEDICA

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

DIETA

☐ ZERO ☐ LIVRE
☐ LÍQUIDA ☐ BRANDA
☐ PASTOSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1) Sedação: Midazolam 5ml + 40 IV + Fentanyl 2ml + 40 IV
2) Manutenção: Midazolam 2FA + SF 0,9% 100ml IV 20 gotas/min
3) FOT + Ventilação com pressão FB 0,9% 100ml IV 20 gotas/min
4) SF 0,9% 100ml IV 20 gotas/min

Dr. Fernando: Assinado

MARCO
CREMEO 18784
CREMERN 3345

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

Ⓢ R A T I F I C A Ç Ã O !

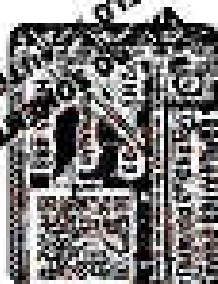
Nome: Eudimar Sales Bandeira

D.N: 30.01.1978

DOC: 54.514 295 - 7

Antônio Carlos Gomes de Sá
Comarca de Jaguaripe
Município de Jaguaripe

SELO
AUTENTICADOR
DO
FORNTE COM
CÓDIGO
QR



Capitão de Polícia Rua Santa Eulália nº 100 - Jaguaripe (35) 3522-1100	7 A presente cópia fotostática confere com a original que me foi entregue Dou fe Jaguaripe-Ce 08 MAI 2017 Em testemunho <u>R</u> da verdade <i>Fatima Maria Barbosa</i> Fatima Maria Barbosa Tabella Valido somente com o selo de autenticidade
--	--

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

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

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

1. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

OUTROS: _____

2. DOENÇAS DE RISCO

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

OUTROS: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

OUTROS: _____

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

ODONTOGRAMAS

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

EXATOSÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA /
SERVIÇO

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

15/08/13

Exatão vital: dorme bem na cama de paciente, 39 anos, vítima de acidente automobilístico envolvendo com TCE grave e trauma de fêmur. Sinais sinais de 2 membros inferiores em Frotaluga e diada degenhano medula alta e condinua com acompanhamento ambulatorial. Aguarda internar para a cirurgia em urgo.

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

Repost. medula da acuidade intra à D, exponente pfora leve e durmido oculto à E. Apresenta medula da fereja e limitação dos movimentos com mm II. Quidina de medula.

Apresenta durmido marca medula com urdo em paroxismo de micatrigação com fundo nervoso simiao e equilíbrio. AEU: RR: 21, RAR: 17, mupus. AR: mud com urcos almonas. um basur FR: 18 bpm.

CB: 1) Jndio fisiotrapia

medona, pramon R

2) dificuldade de acuro (extro)

3) Remova urdo de

Remotina 100mg 2x/dia

4) pela SNE

5) Aguarda proporcção - cirurgia

6) urdo em Frotaluga

7) Quidina no em urdades

8) Pramon F. buca

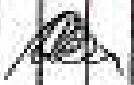
9) Pramon 5mg

10) Pramon 5mg

11) Pramon 5mg

12) Pramon 5mg

Autenticidade
Conformidade
Qualidade
Originalidade
Preferência



SUS-898 0005 9324 8356



JAGUARIBE
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

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

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ SÍFILIS ☐ DIFTERIA ☐ HANSENÍASE ☐ POLIOMIELITIS
☐ FEBRE TIFÓIDEA ☐ SARAMPO ☐ TUBERCULOSE ☐ HEPATITE
 TÍTULOS: _____

ACRÁVOS DE RISCO

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

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




DIABETES MELLITO
 TUBERCULOSE
 CÂNCER
 09/11/14

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

ODONTOGRAMAS

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

RELATÓRIO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

DATA	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/19		Paciente Relata de Eritipia local D2 ex 5, tomar 2 cp / P. dia, diazepam 5 mg, tomar 1 cp a noite	
			
05/04/19		<p>Realizar visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE e início ruído de alimentação parafila VO. Paciente consciente, "verbaliza", movimentos em 4 membros e queixa- se de dor no local da escara. Foi à farmácia onde orientaram retorno com roscobas para retirada de traqueostomia. Não foi mais indicada cirurgia de face. Paciente inicia diarreia da fenda com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, 2T, 2NF, 12/120mmHg PA: 110/70, com ritmos cardíacos Paciente com amnésia e paralisia do olho vertical à D. PA: 110/70</p> <p>Traqueostomia com secreção e sem flegma. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
<p>Contato com o original em 03/04/19</p> 		<p>CD: ① Orienta limpeza / curativo da escara ② Mudança de decúbito a cada 2 hrs ③ Solicita TC de crânio ④ Encaminhado ao "Mulher em casa" ⑤ Aguarda diarreia da fenda e acompanhamento fisioterápico.</p>	



Jaguaribe
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Eudimar Felix Brito Sexo: ☐ M ☐ F
 Local de Nascimento: 21.01.78 Município de Res.: _____ UF: _____
 Data de Nascimento: _____ Data de PIS: _____
 End. Atual: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
 Data: _____ Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Nome da Mãe / Responsável: _____

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

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

2. ATRAVÉS DE RISCO

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

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES ☐ HANSENASE
☐ NEUROSIN ☐ HIPERTENSÃO ☐ TUBERCULOSE
 OUTROS: _____

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

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
	55 54 53 52 51	61 62 63 64 65	71 72 73 74 75	81 82 83 84 85	91 92 93 94 95	101 102 103 104 105						
2º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
	55 54 53 52 51	61 62 63 64 65	71 72 73 74 75	81 82 83 84 85	91 92 93 94 95	101 102 103 104 105						
3º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38						
	55 54 53 52 51	61 62 63 64 65	71 72 73 74 75	81 82 83 84 85	91 92 93 94 95	101 102 103 104 105						

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

LAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
B-102/15	<p>PA: 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 internada em Fortaleza e desde dezembro mantém alta e continua com acompanhamento ambulatorial. Aguarda retorno para a cirurgia em um mês.</p> <p>No momento, encontra-se acamada, disnutrida, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem secreção / flegmas.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Relata redução da acuidade visual à D, apresenta ptose leve e desvio ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos em MMII. Queixa-se de insônia.</p> <p>Apresenta lesão nas mamas com tecido em processo de cicatrização com fundo amarelado úmido e brilhoso.</p> <p>AEV: RR, 21, BNF, síncopes AR: MV@, com rales diminuídas em bases, FR: 19 ipm.</p>	
<p>Autentico xer. conforme o original arquivado desta Prefeitura</p> <p>25/12/17</p>	<p>CD: ① Indico fisioterapia motora, porém há dificuldade de acesso (cúbito)</p> <p>② Renova receita da Fenitoína 100mg 2x/dia pela SNE</p> <p>③ Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>④ Orientações sobre cuidados e higiene</p> <p>⑤ Prescrição Fibrin</p> <p>⑥ Prescrição de paracetamol 5mg</p>	
	<p>CREMED 10.036</p>	

SUS=898 0005 9324 8356



Jaguaribe
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

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

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

2 - ANTECEDENTES PESSOAIS

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

3 - AGRAVOS DE RISCO

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

4 - ANTECEDENTES FAMILIARES

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

*Original e cópia
 Com nome o original
 Arquivados desta Prefeitura
 07/05/2012*

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

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75								
2º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75								
3º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA												
	18 17 16 15 14 13 12 11	48 47 46 45 44 43 42 41	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75								

AValiação Clínica e Diagnóstica

Data	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17		<p>Reverso. Recusa de Eritrato 100mg 02 x 5, tomar 2 cp / P dia, Lisipato 5 mg, tomar 1 cp a noite.</p>	
03/04/17		<p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE a início quente de alimentação paralis VD. Paciente consciente, "entoliza", movimentos em 4 membros e quiza- se apenas de dor no local da escara. Foi à Entoliza onde orientaram retorno em setembro para retirada de traqueostomia. Não foi mais indicada cirurgia de face. Dev. início de desmame da comida com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, 21, CUF, 12/12 PA: 110/70, com rubor espontâneo Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D. PA: 330 x 70 Traqueostomia com mucosa e sem flegma. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
		<p>CD: ① Orienta limpeza / curativo da escara ② Mudança de decúbito a cada 2 hrs ③ Solicita TC de crânio ④ Encaminha ao "Melhor em casa" ⑤ Aguarda desmame da comida e acompanhamento fisioterápico.</p>	

Autêntico xerox
 Conforme o original
 arquivado nesta Prefeitura
 em 10/05/17

Dr. [Assinatura]
 Médico

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CAD: 040001115010	NOME: FLERMAN FELIX BARROSA		Registro: 040001115010		
CPF:	RG:	D. NASC: 20/01/1978	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Preta
NOME DA MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BARROSA			NOME DO PAI: LUIZ FELIX BARROSA		
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: VIA DO JAZZIRO		Nº: 34	BARRIO: JONA RURAL
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 3300495	MUNICÍPIO: JACARECANGA	UF: CE	CEP: 61200000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: LUIZ FELIX BARROSA		PARENTESCO: PAI		TELEFONE:	
TIPO DE VÍNCULO: ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CBO:	
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta, Acidente de transporte sem controle, Trauma cranioencefálico, queda de produção de uma motocicleta					
QUEIXAS: VITIMA DE QUITA DE MOTO, COM TCE GRAVE, INTUBADO.					
OBSERVAÇÕES: TRAUMA CRANIOENCEFALICO, RESPIRAÇÃO INADEQUADA.					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Jona Rural					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Jona Rural		Escala de Dor: Sem dor		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO	
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDEMENTO MÉDICO:					

Assinatura:

Nome: Rômulo

Código:

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

Ac de moto

VALIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-66

BR 116 Km 300 - Cruzeiro - Jaguaribe

Atendimento do 2º Ofício
Rua Ezequiel Barreto, 100
(88) 3523.1083 - Jaguaribe

Atendimento Co. 08/04/2017

Enfermeiro: de de enfermagem

Co. Fátima Maria Barbosa
Talita

Local: Exames com vistas de atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

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

DADOS DA CONSULTA

Data: 05.09.16 Hora da Chegada: 05:00 T: 90 x 60 - 8
Hora do Atendimento: 05:00 PA: 90 x 60 - 8

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Paciente relata de exolente hipertensão (ex), deu entrada neste ambulatório com hipertensão de nível de emergência e elevação em 140, alguns dias. História de hipertensão de longa data e utilização crônica de medicação. Hipotese diagnóstica: ACE grave. Abd. Tumor

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

CONDUTA MEDICA

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

DIETA

☐ ZERO ☐ LIVRE
☐ LÍQUIDA ☐ BRANDA
☐ PASTOSA

PRESCRIÇÃO MEDICA

1) Sedação: Midazolam 5mg + 40 IV + Fentanyl 2mg + 40 IV
2) Manutenção: Midazolam 2mg + 40 IV + Fentanyl 2mg + 40 IV
3) FOT + Ventilação com pressão FB 12cmHg
4) SPO2 98% 60ml IV 60ps/min

Dr. Fernando: Assinatura

MARCO
CREMEO 18784
CREMERB 3345

ASSINATURA DO MEDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

Ⓢ R A T I F I C A Ç Ã O !

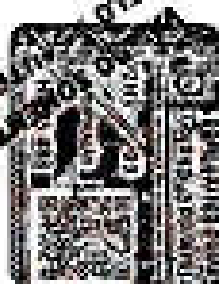
Nome: Eudimar Sales Bandeira

D.N: 30.01.1978

DOC: 54.514 295 - 7

Antônio Carlos Gomes de Sá
Comarca de Jaguaripe
Município de Jaguaripe

SELO
AUTENTICADOR
DO JORNALE COM
7



Capitão de Polícia Rua Santa Eulália nº 100 - Jaguaripe (32) 3522-1100	7 A presente cópia fotostática confere com a original que me foi entregue Dou fe Jagaripe-Ce 08 MAI 2017 Em testemunho <u>R</u> da verdade <i>Fatima Maria Barbosa</i> Fatima Maria Barbosa Tabella Valido Semente com o selo de autenticidade
--	---

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

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

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

1. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

OUTROS: _____

2. RISCOS DE RISCO

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

OUTROS: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

OUTROS: _____

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

ODONTOGRAMAS

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

SUS-898 0005 9324 8356



JAGUARIBE
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

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

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

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

ACRÁVOS DE RISCO

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

DIABETES MELLITO
 TUBERCULOSE
 HIPERTENSÃO
 HANSENÍASE
 09/11/14

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

ODONTOGRAMAS

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

RELATÓRIO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

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



Jaguaribe
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Paciente: Eudimar Felix Brito Sexo: ☐ M ☐ F
 Local de Nascimento: 21.01.78 Município de Res.: _____ UF: _____
 Data de Nascimento: _____ R. Co PIS: _____
 End. Atual: _____ UF: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Tipo de Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
 Data: _____ Folhas: _____ Termo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Nome da Mãe / Responsável: _____

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

2. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

3. ATRAVÉS DE RISCO

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

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES ☐ HANSENASE
☐ NEUROSIN ☐ HIPERTENSÃO ☐ TUBERCULOSE
 OUTROS: _____

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

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO				
DATA																
2º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO				
DATA																
3º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	ESQUERDO				
DATA																

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

LAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
B-102/15	<p>PA: 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 internada em Fortaleza e desde dezembro mantém alta e continua com acompanhamento ambulatorial. Aguarda retorno para a cirurgia em um mês.</p> <p>No momento, encontra-se acamada, disnutrida, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem secreção / flegmas.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Relata redução da acuidade visual à D, apresenta ptose leve e desvio ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos em MMII. Queixa-se de insônia.</p> <p>Apresenta lesão nas unhas com tecido em processo de cicatrização com fundo amarelado úmido e brilhoso.</p> <p>AEV: RR, 2T, BNF, síncopes AR: MV@, com rales difusas em bases, FR: 19 ipm.</p>	
<p>Autentico xer. conforme o original arquivado desta Prefeitura</p> <p>25/12/17</p>	<p>CD: ① Indico fisioterapia motora, porém há dificuldade de acesso (cúbito)</p> <p>② Renova receita da Fenitoína 100mg 2x/dia pela SNE</p> <p>③ Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>④ Orientações sobre cuidados e higiene</p> <p>⑤ Prescrição Fibrin</p> <p>⑥ Prescrição de paracetamol 5mg -</p>	
	<p>CREMED 10.036</p>	

SUS=898 0005 9324 8356



Jaguaribe
cidade futura.

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do Usuário: Eulimar Felix Bahiano Sexo: M ☒ F ☐
 Data de Nascimento: 30.02.78 Município de Nasc.: _____ UF: CE
 Idade: _____ N.º do PIS: _____
 Identidade: _____ UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: ____/____/____
 Unidade Tipo: _____ Nome do Cartório: _____
 Voto: _____ Folhas: _____ Tombo: _____ Data de Emissão: ____/____/____
 Cód. de Mãe / Responsável: _____

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

2 - ANTECEDENTES PESSOAIS

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

3 - AGRAVOS DE RISCO

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

4 - ANTECEDENTES FAMILIARES

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

*Original e cópia
 conforme o original
 arquivos desta Prefeitura
 07/05/2012*

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

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA												
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34
				85	84	83	82	81	71	72	73	74
2º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA												
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34
				85	84	83	82	81	71	72	73	74
3º EXAME	DIREITO	55	54	53	52	51	81	82	83	84	85	ESQUERDO
DATA												
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34
				85	84	83	82	81	71	72	73	74

AValiação Clínica e Diagnóstica

Data	CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17		<p>Reverso. Recusa de Eritrato 100mg 02 x 5, tomar 2 cp / P dia, Lisipato 5 mg, tomar 1 cp a noite.</p>	
03/04/17		<p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente acamado, traqueostomizado, se alimentando por SNE a início quente de alimentação paralis VD. Paciente consciente, "entoliza", movimentos em 4 membros e quiza- se apercebe de dor no local da escara. Foi à Entoliza onde orientamos retorno em setembro para retirada de traqueostomia. Não foi mais indicada cirurgia de face. Dev. início de desmame da comida com a fonoaudióloga e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, 21, CUF, 12/12 PA: 110/70, com rútilos expandidos Paciente com amiotrofia e paralisia do olho vertical à D. PA: 350 x 70 Traqueostomia com mucosa e com flegma. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p>	
		<p>CD: ① Oriento limpeza / curativo da escara ② Mudança de decúbito a cada 2 hrs ③ Solicito TC de crânio ④ Encaminhado ao "Melhor em casa" ⑤ Aguardo desmame da comida e acompanhamento fisioterápico.</p>	

Autêntico xerox
 Conforme o original
 arquivado nesta Prefeitura
 em 10/05/17

Dr. [Assinatura]
 Médico

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL


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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CAD: 04/0001115/16	NOME: FLERMAN FELIX BARROSA		Registro: 04/0001115/16		
CPF:	RG:	D. NASC: 20/01/1978	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Preta
NOME DA MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BARROSA			NOME DO PAI: LUIZ FELIX BARROSA		
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: VIA DO JAZZING		Nº: 34	BARRIO: JONA RURAL
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 3310429	MUNICÍPIO: JACARECANGA	UF: CE	CEP: 61200000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: LUIZ FELIX BARROSA		PARENTESCO: PAI		TELEFONE:	
TIPO DE VÍNCULO: ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CBO:		
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta, Acidente de transporte sem controle, Acidente com arma, Acidente de produção de uma explosão					
DIAGNÓSTICO: VITIMA DE QUITA DE MOTO, COM TCE GRAVE, INTUBADO.					
OBSERVAÇÕES: TRAUMA CRANIOENCEFALICO, RESPIRAÇÃO INADEQUADA.					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Jona Rural					
Endereço da Ocorrência: Jona Rural		Endereço da Ocorrência: Jona Rural		Prioridade de Atendimento: VERMELHO	
Especialidade do Atendimento:					
Atendimento Médico:					

Assinatura:

Nome do Paciente:

Código:

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

34.514.295-7 16/JUN/2010

EUDIMAR FELIX BANDEIRA

LUIZ FELIX BANDEIRA

E MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

JAGUARETAMA -CE

30/JAN/1978

JAGUARETAMA-CE

POÇO COMPRIDO

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

874614633-49

16 Delegado - Lavagem de

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

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

Documentos de Identificacao



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

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Nº de Inscrição

874614633-49

Data de Nascimento

30/01/78



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

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


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

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

0000-2

PROIBIDO PLASTIFICAR



Eudimar Felix Bandeira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

Assinatura

x Eudimar Felix Bandeira

EUDIMAR FELIX BANDEIRA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 30/03/98

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE COM TRAUMA DE FACE

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1
SOLICITO PERÍCIA EM ESCALA DE PRIORIDADE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE COM TRAUMA DE FACE

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1
SOLICITO PERÍCIA EM ESCALA DE PRIORIDADE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TCE COM EDEMACEREBRAL
TRAUMA DE FACE

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- TRAQUEOSTOMIA(75)
ALTA

Sequelas permanentes: DEBILIDADE MOTORA E NEUROLÓGICA PÓS TCE

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE NEUROLÓGICA EM GRAU RESIDUAL

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TCE COM TRAUMA DE FACE

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes: DEBILIDADE MOTORA E NEUROLÓGICA PÓS TCE

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: @1

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0151118/20

Vítima: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

CPF: 874.614.633-49

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/09/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EUDIMAR FELIX BANDEIRA : 874.614.633-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EUDIMAR FELIX BANDEIRA

FABIANA LUCIA DUARTE DA ROSA PEREIRA