

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

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200194359

Vítima: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Data do Acidente: 25/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200194359

Vítima: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Data do Acidente: 25/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200194359

Vítima: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Data do Acidente: 25/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EUDIMAR FELIX BANDEIRA

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

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

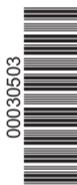
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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



É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

874.614.633-49

Nome completo da vítima

EUDIMAR FELIX BANDEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

AGÊNCIA NRO. 0749	D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 00028640	D/V 5 (Informar dígito se existir)
--------------------------------	--	----------------------------------	---

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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

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

JAGUARIPE, 12 de JUNHO de 2019

Local e Data

Eudimar Felix Bandeira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

JAN
11/09/2017
TUR/CA
02
DSC

TERMO CIRCUNSTANCIADO DE OCORRÊNCIA N° 472 - 77 / 2017

COMARCA DE JAGUARIBE
8977-16 2017 R 06 0107

Dados da Ocorrência

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

Boletim de ocorrência

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

Local: ROBOVIA CE (LIGA JAGUARIBE X FEITICEIRO)

Bairro: ZONA RURAL

Município: JAGUARIBARA/CE

CEP: 63.490-000

Dados do(s) Autor(es)

1º - Autor: LUIZ FELIX BANDEIRA

Alcunha:

Sexo: MASCULINO

Mãe: ALZIRA FELIX BANDEIRA

Pai: VICENTE BANDEIRA DE LEMOS

Data do Nascimento: 10/10/1950

Doc. Identidade : 2017023545-3 SSP/CE

Naturalidade/UF: JAGUARIBE/CE

Nacionalidade: BRASIL

Escolaridade: ALFABETIZADO

CPF: 195.363.993-34

Endereço: SITIO VÁRZEA DO JUAZEIRO

Ponto de Referência:

Bairro: ZONA RURAL

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

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 : 2015018945-8 SSP/CE

Escolaridade: ALFABETIZADO

Profissão: AGRICULTOR

Endereço: SITIO SANTA RITA

Ponto de Referência:

Bairro: ZONA RURAL

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03

22/09/06 06:00:17

1308/17 16:03



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGIACIA REGIONAL DE JAGUARIBE



TERMO CIRCUNSTANCIADO DE OCORRÊNCIA N° 472 - 77 / 2017

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

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: DCS0445 Uf: CE Município: JAGUARIBE Chassi: 9C2KD0550BR047715 Renavam: 343865718 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BR0S ES Ano Fabricação: 2011 Ano Modelo: 2011 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: VERMELHA Proprietário: LUIZ FELIX BANDEIRA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Antecedentes Criminais

LUIZ FELIX BANDEIRA

- NAO POSSUI ANTECEDENTES CRIMINAIS NO SIP

Providências Adotadas

- EXAME DE CORPO DELITO
- EXAME PERÍCIA TÉCNICA
- REPRESENTAÇÃO
- AVALIAÇÃO
- TERMO DE COMPROMISSO DE COMPARCIMENTO
- ANTECEDENTE CRIMINAIS
- OUTROS

NARRATIVA DA OCORRÊNCIA:

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

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

O fato chegou ao conhecimento desta Autoridade Policial quando o senhor LUIZ FELIX BANDEIRA compareceu a esta Delegacia e registrou o Buletim de Ocorrência Policial nº 847/2017 afirmando que entregou para o seu filho EUDIMAR FELIX BANDEIRA, não habilitado, a motocicleta de marca Honda NSR 150 BR0S ES de cor vermelha, de placa DCS0445-CE, tendo este se



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGAÇÃO REGIONAL DE JAGUARIPE

04/06/2017

SUCRA

04
Jaguaripe

TERMO CIRCUNSTANCIADO DE OCORRÊNCIA N° 472 - 77 / 2017

envolvido em um acidente de trânsito.

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



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

X Luis Felix B. Alcântara

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

É o relatório.

Local e Data : JAGUARIPE, 21 de Junho de 2017

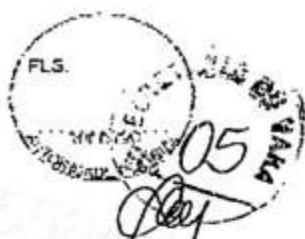
DELEGADO: RAFAEL BIAZI SILVA

MATRÍCULA: 30083717

Recebimento:

LOCAL E DATA: _____ / _____

RECEBEDOR:



TERMO DE COMPROMISSO DE COMPARCIMENTO

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

Autor(es):

1º) LUIZ FELIX BANDEIRA

Testemunha(s):

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

Vítima(s):

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

DELEGADO(A): Luis Elliot Bandeira

INFRATOR: Luis Elliot Bandeira

1ª TESTEMUNHA:

2ª TESTEMUNHA:

ESCRIVÃ(O):

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

卷之三

For more information, contact www.habicht.com or your local distributor for the highest quality in **Surface Protection Coatings**.

www.ijerph.com ISSN 1660-4601

O seu resultado é gerado automaticamente de acordo com os dados de ATIBRA e do seu REPROFIBRANTE LEGAL® (separador entre Ativo e Passivo) nessa ordem. O Reprofibrante Legal® é informado para os resultados obtidos.

Caso que estime entre 6 e 15 anos. O Representante Legal e representante de menor idade ou deficiente mental (Assessoria do Representante Legal).

Caso de estudo: entre 16 e 17 anos - Neste caso, o adolescente que se encontra nessa faixa etária para com Representante Legal (ou, mais raramente), o法定监护人 (Fudai Kōjin) ou encarregado da tutela (tutor), no tempo, é "l'Administratore di minorità" e tempos de seu tempo de menoridade (tempo em que é menor de 18 anos).

Caso com vítima identificada com casal - Pode haver um suspeito, apesar de representante legal, devendo ser encaminhado ao caso por "representante da representante legal".

Customer Information

Customer Name:	John Doe	Address:	123 Main Street
Phone Number:	(555) 123-4567	City:	New York
Email Address:	john.doe@example.com	State:	NY
Zip Code:	100-000	Country:	United States

Digitized by srujanika@gmail.com

Digitized by srujanika@gmail.com

BRUNSWICK GROUP • 800.255.1000

1

Table 1. Summary Statistics

94-64533-42

Digitized by srujanika@gmail.com

Destacaria, nella sua postulazione, quei molti esempi di buon governo che si trovano nel mondo, come ad esempio la Francia, dove il governo è stabilito su basi democratiche.

[View more about this project](#)

- iii. Não há autorização para o IAB, que exerce a regulação do sistema de radares rodoviários, dar:

 - a) autorizações de uso, caso envolva a utilização de sistemas de radares rodoviários para fins de pesca ou faturar (PFRF), ou
 - b) autorizações de uso, caso envolva a utilização de sistemas de radares rodoviários para fins de pesca e faturar.

Leva os objetivos da pesquisa e o nome do seu professor de matemática, do seu grupo (EPN), para a coleta das informações necessárias diretamente com o professor responsável por sua turma, bem que seja elaborada juntamente com o professor de matemática da unidade de ensino das informações sobre a apresentação da base de dados da Enseada (Reserva Legal ERL), comumente elaborada por seu professor de matemática, a partir da qual é feita a descrição das características da Enseada (Reserva Legal ERL) para a realização da pesquisa e elaboração dos gráficos estatísticos dos animais, para os fins da ERL em EPNS e ERL.

Deben ser más que el uso de un sistema de control o establecer una serie de reglas específicas para controlar la ejecución de las tareas.

25 de JUNHO de 2009

Entomological

Nº DO CLIENTE

4908679-0

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

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

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

enel

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

509068351

Rota 09 17000 19 103500 - 0

Data de Emissão 15/01/2018

Nome EUDIMAR FELIX BANDEIRA

End. Postal AV VIRGILIO TAVORA FUNDOS 01005

- JAGUARIBE - 63475000

Medidor 1029744

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 874614633-49

CGF

Comprovante de residencia



Nome do Responsável

DATAS

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

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

ICMS

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

Alíquota 3,36

Valor do Imposto 0,00

DMIC 3,29

Valor do Imposto 0,00

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

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

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

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

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

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

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

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

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

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

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

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

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

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

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

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

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

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

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

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

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

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

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

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

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

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

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

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

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

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

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

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

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

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

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

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

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

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

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

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

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

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

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

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

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

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

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

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

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

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

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

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

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

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

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

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

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

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

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

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

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

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

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

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

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

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

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

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

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

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

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

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

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

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

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

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

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARIBE

Mês Nov/2017

EUSD 19,58

DICPL 0,00 P

Pedroso Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

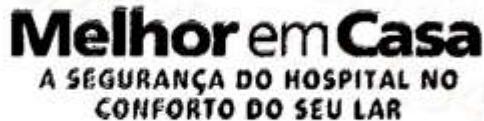
DIC 5,67 11,34 22,68 0,00 0,00 0,00

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

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE
JAGUARIBE



Melhor em Casa
A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO
CONFORTO DO SEU LAR

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,

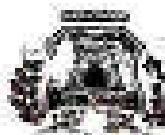


Dr. Rafael Lima Menezes
Médico
CREMEC 12606

RAFAEL LIMA DE MENEZES

MÉDICO

CREMEC 12606



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Protó

4/2017

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

versão 01/2017

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978



PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

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

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

Joaquim, Jún.
Médico
CRM-CE 14401

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

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Protó

4/2017

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

versão 01/2017

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978



PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

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

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

Joaquim, Jún.
Médico
CRM-CE 14401

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

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

AC 31 mto



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-66

BR 116 Km 300 - Cruzero - Jaguaribe

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: Lidivânia Fábia Bandeira
 Sexo: M / A / F / I / Data de Nascimento: 22/04/1978
 Raça/Cor: Pardo CNS: _____
 End. Residencial: Vila do Pergolim
 PSF: Jaguaribe

Nome paciente:	Lidivânia Fábia Bandeira	Sexo:	M	Idade:	30
Endereço:	Residencial Vila do Pergolim	Nº:	100	CEP:	62.320-130
RG:	123456789	CPF:	123.456.789-00	Carteira de Trabalho:	123456789
Carteira de Motorista:	123456789	Placa do Automóvel:	ABC-1234	Motor:	1.000cc

DADOS DA CONSULTA

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

T: PA: 90x60 - t

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Perdeu 1/2 hora de consciência (caí), desmaiada dentro de veículo com movimento do nível de consciência desacordado em 1/2, abnuo com D. Palidez. Cefaleia de intensidade moderada e duração curta. Olhos de presteza. Ganglios 3/5; pupila acomodada P. Displex, e Grand CCE grande.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Abd Crisecti

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

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

PREScriÇÃO MÉDICA

1. Sedação: Midazolam 5ml + 40IU + Fendom 2ml + 40IU
 2. Analgesia: Midazolam 274 + 5% Glicol 100ml 20glicol
 3. 500 + Cetofenona 500mg Apertil 4P + 1000ml
 4. 5% Glicol 100ml 60glicol

Rx Fornecido: 05/09/16
 MADRUGA
 CRM-MG 16782

CRM-BR 3345

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

④ Ratificação

Nome: Eudimor Kolex Bandeira
D.O.: 30.01.1978
DOC: 54.514 295-7



Apresento cópia fotostática conforme com a seguinte identificação: Dov It Jaguaribe-Ce 08 MAI 2017	
Em testemunha <u>12</u> de verdade <u>Fátima Maria Barbosa</u> Tabellia Vulgar Semente com o sello de autenticidade.	



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

卷之六

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

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

Nº do Censo: _____ Nome do Cartório: _____

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

© 2001 Prentice-Hall, Inc.

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

INDEPENDENT PERSONS

ANQUELUQUE DIFTERIA HAMSENIASE POLIOMIELITE
 SUGOLA SARAMPO TUBERCULOSE HERATITE

Serviços de Ribeira

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

2. ESTEQUEDAS FAMILIARES

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

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

ODD PROGRAMS

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

SISTEMA CLÍNICO E DIAGNÓSTICA

SUS = 398 0005 9224 8356



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome: Eudimai Série: 00000000000000000000000000000000

Sexo: M F

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

UF: Ce

N.º do PRS:

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

Nome do Cartório:

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

Nome do Responsável:

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

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

ACRAVOS DE RISCO

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

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

ODONTOGRAMAS

PERIODO	DIREITO												ESQUERDO																												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28													
DATA	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38												
	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75										
PERIODO	DIREITO												ESQUERDO																												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30											
DATA	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40										
	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80					
PERIODO	DIREITO												ESQUERDO																												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38			
DATA	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50

LEGIÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CÍCLICA /
SERVIÇO

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

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



05/04/14

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

ACV RR ST, BNF, 151 respirar

BB: VIV (), com nítidos estenôdicos

Paciente com amissão e paralisa
do olhar vertical à D.

PA: 150 x 40

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

CD: (1) Oriento limpeza / curativo
da escara

(2) Mudança de díscrito
a cada 2 hrs

(3) Solicito TC de crânio

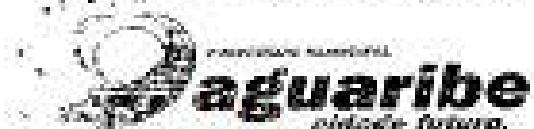
(4) Encaminho os
"Melhor em casa"

(5) Aguardo desmarc
da ferida e
acompanhamento

durante as sessões fisioterápicas.

AÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
16/12/15	<p>P.S.: 100 x 70</p> <p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente, 39 anos, vítima de acidente motociclístico envolvendo com TCE grave e trauma de face. Ficou cerca de 2 meses internado em Fortaleza e desde dezembro manteve alta e continua com acompanhamento ambulatorial.</p> <p>Aguarda retorno para a cirurgia em março.</p> <p>No momento, encontra-se acamado, desnutrido, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem necrose / flagras.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Repre redução da acuidade visual à D, apresenta piora ligeira e dor ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos um MMT II. Quisicul de insônia.</p> <p>Apresenta ferão mas mádigas com tecido em processo de cicatrização com fundo vermelho súmido e brilhoso.</p> <p>ATV: RR: 27, BNP: 150 ppm. PR: 110 com ondas difusas em bases, FR: 19 bpm.</p> <p>ED: (1) Tratamento fisioterápico motora, peleira R6 dificuldade de acesso (rotina)</p> <p>(2) Remoção recíproca da Fenitoína 100 mg 2/dia para SNE</p> <p>(3) Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>(4) Orientações sobre cuidados e higiene.</p> <p>(5) Preservativo Fibras</p> <p>(6) Prescrição de gutamylon 5 mg -</p> <p style="text-align: right;">CREMEP 16.036</p>	



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do paciente: Eudimilson Félix Bahia NO:

Sexo: M F

Data de Nascimento: 30/01/78

UF: Ceará

Município de Nasc.: Jaguaripe

Endereço: _____ N.º do RG: _____

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

Carteira Pneu: _____ Nome do Cartorio: _____

Visto: _____ Folhas: _____ Término: _____ Data de Emissão: _____

Nome da Mãe / Responsável: _____

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

COQUELUCHE DIFTERIA HANSENIASE POLIOMIELITE

RUBÉOLA SARAMPO TUBERCULOSE HEPATITE

ITROS: _____

AGRAVOS DE RISCO

ALCOOLISMO SIDA (AIDS) EPILEPSIA CARDIOPATIA

D. MENTAL ALERGIA TABAGISMO HEMOFILIA

DIABETES CHACAS HIPERTENSÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA

ITROS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

INFARTO HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

DIAGNÓSTICO: _____

CÓRIOPSIA EXAMES DE LABORATÓRIO EXAMES DE IMAGEM

EXAMES DE FONTOGRAMAS EXAMES DE RAYO X EXAMES DE ELETROCARDIOGRAMA

EXAMES DE HISTOLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA EXAMES DE QUÍMICA CLÍNICA

EXAMES DE UROLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

EXAMES DE ENDOCRINOLOGIA EXAMES DE NEUROLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA EXAMES DE PNEUMOLOGIA EXAMES DE HEPATOLOGIA

EXAMES DE ONCOLOGIA EXAMES DE NEFROLOGIA EXAMES DE HEMATOLOGIA

AVALIAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLINICAS / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17	<p>Ritidão, cicuta de Ehidrofita foetida D3 ex 5, 70ml 3 cp (P dia, diazepam 5 mg, i.v.mor 1 cp a noite)</p> <p>Realizar visita domiciliar na casa do paciente acamado, traqueostomizado, no alimentando por SNE e inicio recente de alimentação parcial VD. Paciente consciente "controlejo", movimento nos 4 membros e queixa- se apenas de dor no local da cicata. Foi à Fortaleza onde orientaram retorno em metade para retirada de traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deve iniciar desarranjo da ferida com a farcodiálise e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, ZT, BWF, 13 respostas AB: muf, com rebites espontâneos Paciente com amissão e paralimia do olho vertical à D.</p> <p>PA: 150 x 70</p> <p>Traqueostoma sem secreção e sem fuga. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p> <p>CD: ① Orienta limpeza / curativo da cicata ② Mudança de drenagem a cada 2 hrs ③ Solicita TC de crânio ④ Encaminha ao "Milher em casa". ⑤ Aguardar desarranjo da ferida e acompanhamento da fisioterapeuta.</p>	
Conforme o original Assinado e conforme o original assinado e conforme o original		



Prefeitura de
Porto Alegre

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE 
HOSPITALAR

Emissão: 20/04/2017 09:03:37

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

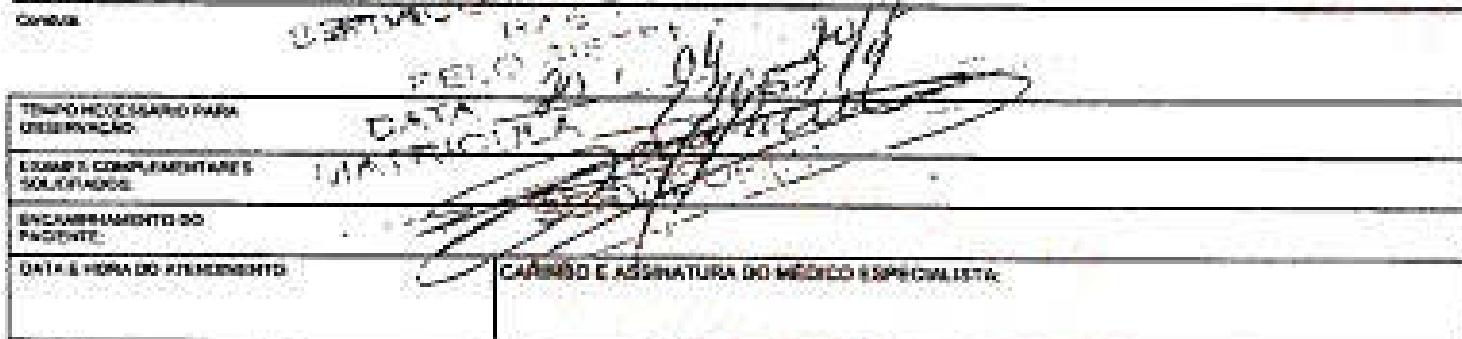
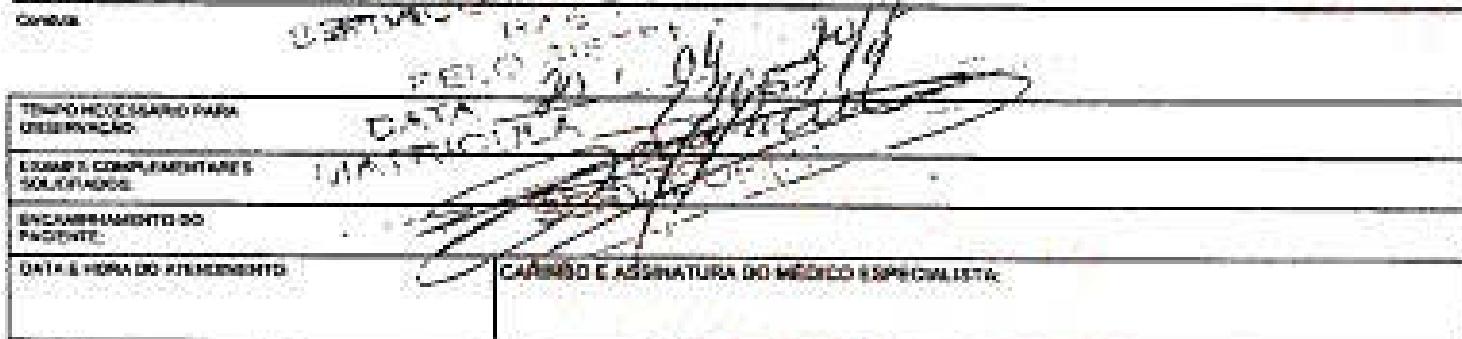
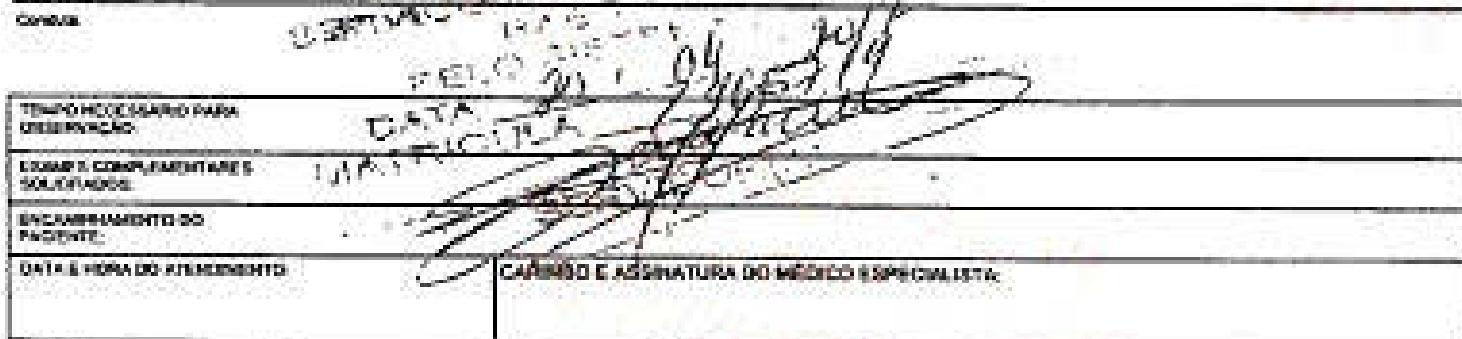
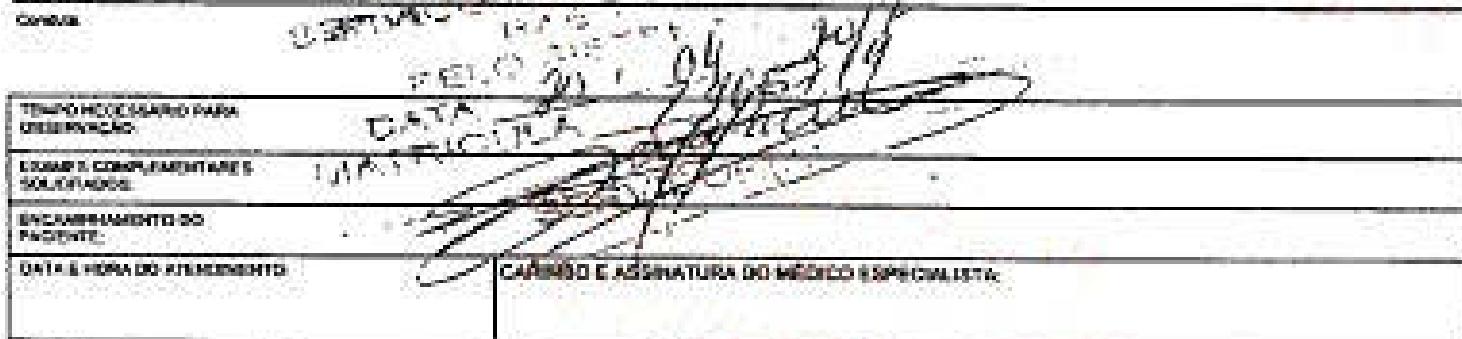
**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				DADOS PESSOAIS	
CNS: 100000000000000	NOME: LUIZ FELIX BARODA	CPF: 000.000.000-00	DATA NASC.: 20/01/1928	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	SEXO: M
MORADA: MARIA LURDA DA SILVA BARODA		MORÉ DO PAI: LUIZ FELIX BARODA		MORADA: Rua Rua	
TIPO DE LOGRADOURO:		NOME DO PACIENTE: LUIZ FELIX BARODA		UF: RS	BAIRRO: Centro
COMPLEMENTO:	TELEFONE: (51) 3222-2100	MUNICÍPIO: ANTONIO VIEIRA	UF: RS	CEP: 95000-000	TELÉFONE:
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NAME: LUIZ FELIX BARODA	PARENTESCO: PES		TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CRÉDO DO EMPREGADO:	CRÉDO DO EMPREGADOR:	DADOS DO CHAMADA:		
ACOLHIMENTO E CLASSEFAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta. Acidente de trânsito entre corcel brasil e motociclista, resultou no preenchimento de uma hidrocauda.					
QUEIXAS: VITIMA DE QUITADA DE MOTO, COM TOS GRAVE, INTUBADO.					
OBSERVAÇÕES: TRAJAVA CRACHA/DESPACHO. REAÇÃO PRATICAMENTE.					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Exame de Det: Sono	PROFISSÃO DE ATENDIMENTO: MÉDICO			
ESPECIALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:					
Assinatura:					

Escreva aqui:

CONSOA:	
TEMPO NECESSÁRIO PARA DESEMBOCAR:	
EXAMES COMPLEMENTARES: SOLICITADOS:	
ENCARREGADO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARREGO E ASSINATURA DO MÉDICO (SPC/MSL DATA):

AC 31 mto



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-66

BR 116 Km 300 - Cruzero - Jaguaribe

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: Lidivânia Fábia Bandeira
 Sexo: M / A / F / I / Data de Nascimento: 22/04/1978
 Raça/Cor: Pardo CNS: _____
 End. Residencial: Vila do Pergolim
 PSF: Jaguaribe

Nome paciente:	Lidivânia Fábia Bandeira	Sexo:	M	Idade:	30
Endereço:	Residencial Vila do Pergolim	Nº:	100	CEP:	62.320-130
RG:	123456789	CPF:	123.456.789-00	Carteira de Trabalho:	123456789
Carteira de Motorista:	123456789	Placa do Automóvel:	ABC-1234	Motor:	1.000cc

DADOS DA CONSULTA

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

T: PA: 90x60 - t

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Perdeu 1/2 hora de consciência (caí), desmaiada dentro de veículo com movimento do nível de consciência desacordado em 1/2, abnuo com D. Palidez (CD) facecida de sudorese e estremecimento óbvios de presente.
Gengiva 3/5; Pupille acomodada P. Dilatada, e Grand
9CC grau

HISTÓRICO CLÍNICO

CONDUTA MÉDICA

Observação: 6h 12h 24h

DIÉTA

ZERO

LIVRE

LIQUIDA

BRANDA

Transferência

Internação

PASTOSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Sedação: Midazolam 5mg + 40IU + Fentanyl 2ug + 40IU
 2. Analgesia: Midazolam 274 + 5% 0,9% 0,9% 100ml 20g/litro
 3. 500 + Cetofenona 500 mg Apolo + 100ml 10g/litro
 4. 5% 0,9% 0,9% 100ml 10g/litro

Rx: Fazendo: lido
 MADRUGA
 CRM-MG 16782

CREM-PR 3345

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

④ Ratificação

Nome: Eudimor Kolex Bandeira
D.O.: 30.01.1978
DOC: 54.514 295-7



Apresento cópia fotostática conforme com a seguinte identificação: Dov It Jaguaribe-Ce 08 MAI 2017	
Em testemunha <u>12</u> de verdade <u>Fátima Maria Barbosa</u> Tabellia Vulgar Semente com o sello de autenticidade.	



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

卷之六

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

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

Nº do Bloco: _____ Nome do Cartório: _____

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

© 2001 Prentice-Hall, Inc.

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

INDEPENDENT PERSONS

ANQUELUQUE DIFTERIA HAMSENIASE POLIOMIELITE
 SUGOLA SARAMPO TUBERCULOSE HERATITE

Serviços de Ribeira

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

2. ESTEQUEDAS FAMILIARES

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

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

ODD PROGRAMS

ANEXO CLÍNICA E DIAGNÓSTICO

SUBJETIVO	HISTÓRIA/EXAME FISICOCLINICO/ESTOICIA/Evolução	ASSINATURA
	DATA: 20/04/00	
	RESUMO: paciente com queixa de sudorese noturna intenso com TCE operado e tratamento de face. Exame físico da 2ª mamas intrometido com Fortaliza e ducto desembocando na mama alta e esquerda com acompanhamento ambulatorial.	
	Apresenta sintomas: dor e sensação com urinário.	
	No exame clínico, verificou-se acúmulo de suor, aumentado, am. abdominal prox. SNC e urso da traqueobrônquio. Sintoma de curta duração. Magna constipação com eructos moderados.	
	Repete: indústria da exaustão visual e D, apuramento fetal. Isto é dor no ombro à C. Apresenta indústria de forças e limitações das movimentações. (Quase que não se move).	
	Exames: Dor no lado esquerdo com fadiga com fundo normal. Visão e audição.	
	ACU: RR: 21, RUE: 17 mmHg. PR: 80 BPM, cor: rubor, charcos dilatados com bainhas FR: 19 litros.	
	CB: (1) Inspeção ginecológica: vulva e vaginal. Nada de infiltração, edema, lesões. (2) Palpação vulvica: dor. Fertilidade: 100mg dia.	
	Exames complementares: (4) Orientações na sua cuidade: (3) Preservativo Fálico. (5) Preservativo com lubrificante 5 mg.	
	CREATÉRIO:	

SUS = 398 0005 9224 8356



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome: Eudimai Série: 00000000000000000000000000000000

Sexo: M F

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

UF: Ce

N.º do PRS:

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

Nome do Cartório:

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

Nome do Responsável:

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

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

ACRAVOS DE RISCO

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

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

ODONTOGRAMAS

PERIODO	DIREITO												ESQUERDO																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28							
DATA	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38						
	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75				
PERIODO	DIREITO												ESQUERDO																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28							
DATA	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40				
	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79
PERIODO	DIREITO												ESQUERDO																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28							
DATA	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42		
	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79

LEGIÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CÍCLICA /
SERVIÇO

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

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



05/04/14

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

ACV RR ST, GNF, 151 respirar

BB: VIV (), com nítidos estenôdicos

Paciente com amissão e paralisa
do olhar vertical à D.

PA: 350 x 40

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

CD: (1) Orienta limpeza / curativo
da escara

(2) Mudança de drenagem
a cada 2 hrs

(3) Solicita TC de crânio

(4) Encaminha os
“Melhor em casa”

(5) Aguarda desmane
da ferida e
acompanhamento

“Pacientes assist. fisioterápicos”

AÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
16/12/15	<p>P.S.: 100 x 70</p> <p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente, 39 anos, vítima de acidente motociclístico envolvendo com TCE grave e trauma de face. Ficou cerca de 2 meses internado em Fortaleza e desde dezembro manteve alta e continua com acompanhamento ambulatorial.</p> <p>Aguarda retorno para a cirurgia em março.</p> <p>No momento, encontra-se acamado, desnutrido, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem necrose / flagras.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Repre redução da acuidade visual à D, apresenta piora ligeira e dor ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos um MMT II. Quisitado de insônia.</p> <p>Apresenta ferão mas mádigas com tecido em processo de cicatrização com fundo vermelho súmido e brilhoso.</p> <p>ATV: RR: 27, BNP: 110 ppm. PR: 110 bpm com ondas difusas em bases, FR: 19 bpm.</p> <p>ED: (1) Tratamento fisioterápico motora, peleira R6 dificuldade de acesso (rotina)</p> <p>(2) Remoção recíproca da Fenitoína 100 mg 2x/dia</p> <p>(3) Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>(4) Orientações sobre cuidados e higiene.</p> <p>(5) Preservativo Fibras</p> <p>(6) Prescrição de gutamylon 5 mg -</p> <p style="text-align: right;">CREMEP 16.036</p>	

AVALIAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLINICAS / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17	<p>Ritidão, cicuta de Ehidrofita foetida D3 ex 5, 70ml 3 cp (P dia, diazepam 5 mg, i.v.mor 1 cp a noite)</p> <p>Realizar visita domiciliar na casa do paciente acamado, traqueostomizado, no alimentando por SNE e inicio recente de alimentação parcial VD. Paciente consciente "controlejo", movimento nos 4 membros e queixa- se apenas de dor no local da cicata. Foi à Fortaleza onde orientaram retorno em metade para retirada de traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deve iniciar desarranjo da ferida com a farcodiálise e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, ZT, BWF, 13 respostas AB: muf, com rebites espontâneos Paciente com amissão e paralimia do olho vertical à D.</p> <p>PA: 150 x 70</p> <p>Traqueostoma sem secreção e sem fuga. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p> <p>CD: ① Orienta limpeza / curativo da cicata ② Mudança de drenagem a cada 2 hrs ③ Solicita TC de crânio ④ Encaminha ao "Milher em casa". ⑤ Aguardar desarranjo da ferida e acompanhamento da fisioterapeuta.</p>	
Conforme o original Assinado e conforme o original assinado e conforme o original		



Prefeitura de
Porto Alegre

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE 
HOSPITALAR

Emissão: 20/04/2017 09:03:37

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL		
CNS: 100000000000000	NOME: EUDIMAR FELIX BARODA	CPF: 045.111.000-00	DATA NASC: 20/01/1938	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
MORTE DA MÃE: MARIA LURDA DA SILVA BARODA		MORTE DO PAI: LUIZ FELIX BARODA				
TIPO DE LOGRADOURO:		NOME DO PACIENTE: LUIZ FELIX BARODA		UF: RS	BAIRRO: Jardim das Rosas	
COMPLEMENTO:	TELEFONE DE CONTATO:	0319478	MUNICÍPIO: ARROYO DO MEIO	UF: RS	CEP: 93070-000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL						
NAME: LUIZ FELIX BARODA	PARENTESCO: P.F.		TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRÂNSITO						
TIPO DE VÍNCULO:	CARGO DO EMPREGADO:	CPF DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CRIME:			
ACOLHIMENTO E CLASSEFAÇÃO DE RISCO						
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta. Acidente de trânsito entre corcel branco, capotamento, resultou no falecimento de uma motociclista.						
QUEIXAS: VITIMA DE FALTA DE CONSCIÊNCIA, COM TOS GRAVE, INTUBADA.						
OBSERVAÇÕES: TRAJAVA CRONOCEFALICO. REAÇÃO FRACASSADA.						
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Exame de Det: Seta	PROFISSÃO DE ATENDIMENTO: MÉDICO				
ESPECIALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:						
Assinatura:						

Escreva aqui:

CONSELHO:	DATA: 20/04/2017	
TEMPO NECESSÁRIO PARA DESEMBOCAR:	DATA: 20/04/2017	
EXAMES COMPLEMENTARES: SOLICITADOS:		
ENCARREGAMENTO DO PACIENTE:		
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARREGO E ASSINATURA DO MÉDICO (SPécialista):	



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Protó

4/2017

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

versão 01/2017

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978



PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

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

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

Joaquim, Jún.
Médico
CRM-CE 14401

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

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Protó

4/2017

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

versão 01/2017

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978



PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

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

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

Joaquim, Jún.
Médico
CRM-CE 14401

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

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

AC 31 mto



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-66

BR 116 Km 300 - Cruzero - Jaguaribe

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: Lidivânia Fábia Bandeira
 Sexo: M / A / F / I / Data de Nascimento: 22/04/1978
 Raça/Cor: Pardo CNS: _____
 End. Residencial: Vila do Pergolim
 PSF: Jaguaribe

Nome paciente:	Lidivânia Fábia Bandeira	Sexo:	M	Idade:	30
Endereço:	Residencial Vila do Pergolim	Nº:	100	CEP:	62.320-130
RG:	123456789	CPF:	123.456.789-00	Carteira de Trabalho:	123456789
Carteira de Motorista:	123456789	Placa do Automóvel:	ABC-1234	Motor:	1.000cc

DADOS DA CONSULTA

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

T: PA: 90x60 - t

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Perdeu 1/2 hora de consciência (caí), desmaiada dentro de veículo com movimento do nível de consciência desacordado em 1/2, abnuo com D. Palidez. Cefaleia de intensidade moderada e duração curta. Olhos de preceito. Ganglios 3/5; pupila acomodada P. Displex, e Grand CCE grande.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Abd Crisecti

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Sedação: Midazolam 5ml + 40IU + Fendom 2ml + 40IU
 2. Analgesia: Midazolam 274 + 5% Glicol 100ml 20g/litro
 3. 500 + Cetofenona 500mg Apolo 400 + 100ml 10g/litro
 4. 5% Glicol 100ml 10g/litro

Rx: Fornecido: 05/09/16
 MADRUGA
 CRM-MG 16782

CREM-MG 2345

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

④ Ratificação

Nome: Eudimor Kolex Bandeira
D.O.: 30.01.1978
DOC: 54.514 295-7



Apresento cópia fotostática conforme com a seguinte identificação: Dov It Jaguaribe-Ce 08 MAI 2017	
Em testemunha <u>12</u> de verdade <u>Fátima Maria Barbosa</u> Tabellia Vulgar Semente com o sello de autenticidade.	



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

卷之六

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

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

Nº do Bloco: _____ Nome do Cartório: _____

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

© 2001 Prentice-Hall, Inc.

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

INDEPENDENT PERSONS

ANQUELUQUE DIFTERIA HAMSENIASE POLIOMIELITE
 SUGOLA SARAMPO TUBERCULOSE HERATITE

Serviços de Ribeira

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

2. ESTEQUEDAS FAMILIARES

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

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

ODD PROGRAMAS

CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

SUS = 398 0005 9224 8356



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome: Eudimai Série: 00000000000000000000000000000000

Sexo: M F

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

UF: Ce

N.º do PRS:

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

Nome do Cartório:

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

Nome do Responsável:

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

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

ACRAVOS DE RISCO

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

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

ODONTOGRAMAS

PERIATO	DIREITO												ESQUERDO														
	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	31	32	33	34	35	36	37	38
DATA	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	38
	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	
PERIAME	DIREITO												ESQUERDO														
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	38
DATA	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	
	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	
PERIATO	DIREITO												ESQUERDO														
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	38
DATA	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	
	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	

LEGIÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CÍCLICA /
SERVIÇO

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

33/12/13 Lihailo Rezende da Britto ~~Fonte~~
D2 exs, tomas 2 CP / P dia, diafragma
3 mg, tomas 1 cr a noite



05/04/14

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

ACV RR, ST, GNF, 151 respirar

BB: VIV (), com nubilos espontâneos

Paciente com amissão e paralisa
do olhar vertical à D.

PA: 150 x 40

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

CD: (1) Oriento limpeza / curativo
da escara

(2) Mudança de díscrito
a cada 2 hrs

(3) Solicito TC de crânio

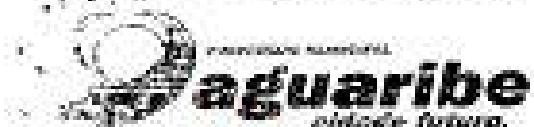
(4) Encaminho os
"Melhor em casa"

(5) Aguardo desmarc
da ferida e
acompanhamento

durante as sessões fisioterápicas.

AÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
16/12/15	<p>P.S.: 100 x 70</p> <p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente, 39 anos, vítima de acidente motociclístico envolvendo com TCE grave e trauma de face. Ficou cerca de 2 meses internado em Fortaleza e desde dezembro manteve alta e continua com acompanhamento ambulatorial.</p> <p>Aguarda retorno para a cirurgia em março.</p> <p>No momento, encontra-se acamado, desnutrido, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem necrose / flagras.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Repre redução da acuidade visual à D, apresenta piora ligeira e dor ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos um MMT II. Quisicul de insônia.</p> <p>Apresenta ferão mas mádigas com tecido em processo de cicatrização com fundo vermelho súmido e brilhoso.</p> <p>ATV: RR: 27, BNP: 110 ppm. PR: 110 bpm com ondas difusas em bases, FR: 19 bpm.</p> <p>ED: (1) Tratamento fisioterápico motora, peleira R6 dificuldade de acesso (rotina)</p> <p>(2) Remoção recíproca da Fenitoína 100mg 2x/dia</p> <p>(3) Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>(4) Orientações sobre cuidados e higiene.</p> <p>(5) Preservativo Fibras</p> <p>(6) Prescrição de gutamylon 5 mg -</p> <p style="text-align: right;">CREMEP 16.036</p>	



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do paciente: Eudimilson Félix Bahia NO:

Sexo: M F

Data de Nascimento: 30/01/78

UF: Ceará

Município de Nasc.: Jaguaripe

Endereço: _____ N.º do RG: _____

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

Carteira Pneu: _____ Nome do Cartorio: _____

Visto: _____ Folhas: _____ Término: _____ Data de Emissão: _____

Nome da Mãe / Responsável: _____

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

COQUELUCHE DIFTERIA HANSENIASE POLIOMIELITE

RUBÉOLA SARAMPO TUBERCULOSE HEPATITE

ITROS: _____

ACRAVOS DE RISCO

ALCOOLISMO SIDA (AIDS) EPILEPSIA CARDIOPATIA

D. MENTAL ALERGIA TABAGISMO HEMOFILIA

DIABETES CHACAS HIPERTENSÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA

ITROS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

DIABETES MELITO HANSENIASE

TUBERCULOSE HEMOFILIA

CÔRTEGOS desta Prefeitura

AVALIAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLINICAS / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17	<p>Ritidão, cicuta de Ehidrofita foetida Dd exs, 70mam 2 cp (P dia, diazepam 5mg, ioman 1 cp a noite)</p> <p>Realizar visita domiciliar na casa do paciente acamado, traqueostomizado, no alimentando por SNE e inicio recente de alimentação parcial VD. Paciente consciente "controlejo", movimento nos 4 membros e queixa- se apenas de dor no local da cicata. Foi à Fortaleza onde orientaram retorno em metade para retirada de traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deve iniciar desarranjo da ferida com a farcodiálise e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, ZT, BWF, 11 respostas AB: muf, com rebites espontâneos Paciente com amissocoria e paralimia do olho vertical à D.</p> <p>PA: 150 x 70</p> <p>Traqueostoma sem secreção e sem fuga. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p> <p>CD: ① Orienta limpeza / curativo da cicata ② Mudança de drenáculo a cada 2 hrs ③ Solicita TC de crânio ④ Encaminha ao "Milher em casa". ⑤ Aguardar desarranjo da ferida e acompanhamento da fisioterapeuta.</p>	
Conforme o original Assinado e conforme o original assinado e conforme o original		



Prefeitura de
Porto Alegre

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE 
HOSPITALAR

Emissão: 20/04/2017 09:03:37

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				DADOS PESSOAIS	
CNS: 100000000000000	NOME: LUIZ FELIX BARODA	CPF: 000.000.000-00	DATA NASC.: 20/01/1928	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	SEXO: M
MORADA: MARIA LURDA DA SILVA BARODA		MORÉ DO PAI: LUIZ FELIX BARODA		MORADA: Rua Rua	
TIPO DE LOGRADOURO:		NOME DO PACIENTE: LUIZ FELIX BARODA		UF: RS	BAIRRO: Centro
COMPLEMENTO:	TELEFONE: (51) 3222-2100	MUNICÍPIO: ANTONIO VIEIRA	UF: RS	CEP: 95000-000	TELÉFONE:
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NAME: LUIZ FELIX BARODA	PARENTESCO: PES		TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CRÉDO DO EMPREGADO:	CRÉDO DO EMPREGADOR:	DADOS DO CHAMADA:		
ACOLHIMENTO E CLASSEFAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta. Acidente de trânsito entre corcel brasil e motociclista, resultou no preenchimento de uma hidrocauda.					
QUEIXAS: VITIMA DE QUITADA DE MOTO, COM TOS GRAVE, INTUBADO.					
OBSERVAÇÕES: TRAJAVA CRACHA/DESPACHO. REAÇÃO PRATICAMENTE.					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Exame de Det: Sono	PROFISSÃO DE ATENDIMENTO: MÉDICO			
ESPECIALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:					
Assinatura:					

Escreva aqui:

CONSIDERAÇÕES:	<i>(Assinatura)</i>
TEMPO NECESSÁRIO PARA DESEMBOCAR:	<i>(Assinatura)</i>
EXAMES COMPLEMENTARES: SOLICITADOS:	<i>(Assinatura)</i>
ENCARREGADO DO PACIENTE:	<i>(Assinatura)</i>
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	<i>(Assinatura)</i>
CARREGO E ASSINATURA DO MÉDICO (SPécialista):	

AC 31 mto



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-66

BR 116 Km 300 - Cruzero - Jaguaribe

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: Lidivânia Fábia Bandeira
 Sexo: M / A / F / I / Data de Nascimento: 22/04/1978
 Raça/Cor: Pardo CNS: _____
 End. Residencial: Vila do Pergolim
 PSF: Jaguaribe

Nome paciente:	Lidivânia Fábia Bandeira	Sexo:	M	Idade:	30
Endereço:	Residencial Vila do Pergolim	Nº:	100	CEP:	62.320-130
RG:	123456789	CPF:	123.456.789-00	Carteira de Trabalho:	123456789
Carteira de Motorista:	123456789	Placa do Automóvel:	ABC-1234	Motor:	1.000cc

DADOS DA CONSULTA

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

T: PA: 90x60 - t

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Perdeu 1/2 hora de consciência (caí), desmaiada dentro de veículo com movimento do nível de consciência desacordado em 1/2, abnuo com D. Palidez (CD) (necrofobia) de sedação e estufismo ótico de presente.
Gengiva 3/5; Pupille acomodada P. Dilatada, e Grand
9CC grau

HISTÓRICO CLÍNICO

CONDUTA MÉDICA

Observação: 6h 12h 24h

DIÉTA

ZERO

LIVRE

LIQUIDA

BRANDA

Transferência

Internação

PASTOSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Sedação: Midazolam 5mg + 40IU + Fentanyl 2ug + 40IU
 2. Analgesia: Midazolam 274 + 5% 0,9% 0,9% 100ml 20g/litro
 3. 500 + Cetofenona 500 mg Apolo + 100ml 10g/litro
 4. 5% 0,9% 0,9% 100ml 10g/litro

Rx: Fazendo: lido
 MADRUGA
 CRM-MG 16782

CREM-PR 3345

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

④ Ratificação

Nome: Eudimor Kolex Bandeira
D.O.: 30.01.1978
DOC: 54.514 295-7



Apresento cópia fotostática conforme com a seguinte identificação: Dov It Jaguaribe-Ce 08 MAI 2017	
Em testemunha <u>12</u> de verdade <u>Fátima Maria Barbosa</u> Tabellia Vulgar Semente com o sello de autenticidade.	



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

卷之六

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

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

Nº do Bloco: _____ Nome do Cartório: _____

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

© 2001 Prentice-Hall, Inc.

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

INDEPENDENT PERSONS

ANQUELUCHE DIFTERIA HAMSENIASE POLIOMIELITE
 SARCÓLIA SARAMPO TUBERCULOSE HEPATITE

Serviços de Ribeira

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

2. ESTEQUEDAS FAMILIARES

CANCER CARDIOPATIA DIABETES PANSENAISE
 ENCEPSIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE

ODD PROGRAMAS

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

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

ANEXO CLÍNICA E DIAGNÓSTICO

SUBJETIVO	HISTÓRIA/EXAME FISICOCLINICO/EVOLUÇÃO	ASSINATURA
	DATA: 20/04/00	
	RESUMO: paciente com 39 anos, vítima de acidente motociclistico, encaminhado com TCE para a Unidade de Poco, Estado do RJ a respeito de queixa de dor e desconforto no lado esquerdo, unidade alta e cardíaca com acompanhamento ambulatorial.	
	Apresenta sintomas: dor e desconforto em urânia.	
	No exame físico, verificou-se:	
	Peso: SNC e 70 kg, de obesidade mórbida.	
	Sintomas: dor urânica intensa / Magroza.	
	O exame moderno:	
	Dor urânica baixa intensa urânia b/p, apurada, forte, lata e dolorosa, oculares à C. Apresenta náuseas e vômitos e limitação da mobilidade urânica. Quinze cm de dorânea.	
	Exames: Dor urânica moderada com fundo apurado, dor urânica intensa e duradoura.	
	ACU: RR: 21, RUE: 17 mmHg.	
	AR: MUC: com humor clorotico.	
	ECG: RR: 19 latency.	
	CB: (1) Inspeção fisiotérmia urânia, peritônio, NC.	
	(2) dificuldade de escuta (mátria).	
	(3) Tumores óbvios.	
	(4) Orientações na sua cuidadosa.	
	(5) Presença Fibra.	
	(6) Presença de fibrina 5 mg.	
	CREATÉRINA:	

~~505 = 898 0005 9324 8356~~



aguaribe chocolates artesanos

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Eydinger, Michael, 1947-
Eydinger, Felix Bardino

Sex: M F

Municipio de Mex.

- 4 -

— 12 —

UF: 6 Órgão Emissor: 559 Data de Emissão: 1/1/2010

Monte do Céu:

— Pethers: _____ Termo: _____ Data de Emissão: _____ | _____ |

Sponsoring:

NASCIMENTO x - CASAMENTO x - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

ITÉS PESSOAIS

DIFTERIA HANSENIASE POLIOMIELITE
 SARAMPO TUBERCULOSE HEPATITE

ACRÁVOS DE RISCO

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

CÂNCER () CARDIOPATIA () DIABETES () HANSENIASE
HERCULANO () HIPERTENSÃO () TUBERCULOSE

PROGRAMAS

LEGIÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CÍCLICA /
SERVIÇO

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

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



05/04/14

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

ACV RR, ST, GNF, 151 respirar

BB: VIV (), com nítidos estenôdicos

Paciente com amissão e paralisa
do olhar vertical à D.

PA: 350 x 40

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

CD: (1) Orienta limpeza / curativo
da escara

(2) Mudança de drenagem
a cada 2 hrs

(3) Solicita TC de crânio

(4) Encaminha os
“Melhor em casa”

(5) Aguarda desmane
da ferida e
acompanhamento

“Pacientes assist. fisioterápicos”

AÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
16/12/15	<p>P.S.: 100 x 70</p> <p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente, 39 anos, vítima de acidente motociclístico envolvendo com TCE grave e trauma de face. Ficou cerca de 2 meses internado em Fortaleza e desde dezembro manteve alta e continua com acompanhamento ambulatorial.</p> <p>Aguarda retorno para a cirurgia em março.</p> <p>No momento, encontra-se acamado, desnutrido, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem necrose / flagras.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Repre redução da acuidade visual à D, apresenta piora ligeira e dor ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos um MMT II. Quisicul de insônia.</p> <p>Apresenta ferão mas mádigas com tecido em processo de cicatrização com fundo vermelho súmido e brilhoso.</p> <p>ATV: RR: 27, BNP: 110 ppm. PR: 110 bpm com ondas difusas em bases, FR: 19 bpm.</p> <p>ED: (1) Tratamento fisioterápico motora, peleira R6 dificuldade de acesso (rotina)</p> <p>(2) Remoção recíproca da Fenitoína 100 mg 2x/dia</p> <p>(3) Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>(4) Orientações sobre cuidados e higiene.</p> <p>(5) Preservativo Fibras</p> <p>(6) Prescrição de gutamylon 5 mg -</p> <p style="text-align: right;">CREMEP 16.036</p>	

AVALIAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLINICAS / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17	<p>Ritidão. Pecúia de Exhibitor 100g D3 ex 5, 70ml 3 cp (P dia, diazepam 5mg, i.v.mor 1 cp a noite)</p> <p>Realizar visita domiciliar na casa do paciente acamado, traqueostomizado, no alimentando por SNE e início recente de alimentação parcial VD. Paciente consciente "controlejo", movimento nos 4 membros e queixa- se apenas de dor no local da cicatriz. Foi à Fartulga onde orientaram retorno em metade para retirada de traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deve iniciar desarranjo da ferida com a farcodiálise e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, ZT, BWF, 13 respostas AB: muf, com rebites espontâneos Paciente com amissão e paralimia do olho vertical à D.</p> <p>PA: 150 x 70</p> <p>Traqueostoma sem secreção e sem fuga. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p> <p>CD: ① Orienta limpeza / curativo da escara ② Mudança de drenagem a cada 2 hrs ③ Solicita TC de crânio ④ Encaminha ao "Milher em casa". ⑤ Aguardar desarranjo da ferida e acompanhamento da fisioterapeuta.</p>	
Conforme o original Assinado e conforme o original assinado e conforme o original		



Prefeitura de
Porto Alegre

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE 
HOSPITALAR

Emissão: 20/04/2017 09:03:37

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				DADOS PESSOAIS	
CNS: 100000000000000	NOME: EUDIMAR FELIX BARODA	CPF: 045.111.000-00	DATA NASC.: 20/01/1938	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	SEXO: M
NOME DA MÃE: MARIA LURDA DA SILVA BARODA		NOME DO PAI: LUIZ FELIX BARODA		MIGRAÇÃO: Portuguesa	
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE:	VIA DO LOCALIZADOR:	UF: RS	BAIRRO: Jardim das Flores
COMPLEMENTO:	TELEFONE DE CONTATO:	CEP: 90040-070	MUNICÍPIO: PORTO ALEGRE	UF: RS	CEP: 90040-070
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NAME: LUIZ FELIX BARODA	PARENTESCO: PES	TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRABALHO:					
TIPO DE VÍNCULO:	CARGO DO EMPREGADO:	CPF DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CRIME:		
ACOPLAMENTO E CLASSEFAÇÃO DE RISCO:					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta. Acidente de trânsito entre corcel branco, ciclistas, resultando no falecimento de uma motociclista.					
QUEIXAS: VITIMA DE QUITADA DE MOTO, COM TOSSE GRAVE, INTUBADA.					
OBSERVAÇÕES: TRAJAVA CRONOCEFALICO. REAÇÃO FRACASSADA.					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Exame de Det: Sono	PROFISSÃO DE ATENDIMENTO: MÉDICO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
Assinatura:					

CONSOA:	
TEMPO NECESSÁRIO PARA DESEMBOCAR:	
EXAMES COMPLEMENTARES: SOLICITADOS:	
ENCAMPEAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARREGO E ASSINATURA DO MÉDICO (SPÉCIALISTA):



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Protó

4/2017

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

versão 01/2017

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978



PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

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

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

Joaquim, Jún.
Médico
CRM-CE 14401

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

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Protó

4/2017

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

versão 01/2017

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978



PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

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

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

Joaquim, Jún.
Médico
CRM-CE 14401

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

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

AC 31 mto



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-66

BR 116 Km 300 - Cruzero - Jaguaribe

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: Lidivânia Fábia Bandeira
 Sexo: M / A / F / I / Data de Nascimento: 22/04/1978
 Raça/Cor: Pardo CNS: _____
 End. Residencial: Vila do Pergolim
 PSF: Jaguaribe

Nome paciente:	Lidivânia Fábia Bandeira	Sexo:	M	Idade:	30
Endereço:	Residencial Vila do Pergolim	Nº:	100	CEP:	62.320-130
RG:	123456789	CPF:	123.456.789-00	Carteira de Trabalho:	123456789
Carteira de Motorista:	123456789	Placa do Automóvel:	ABC-1234	Motor:	1.000cc

DADOS DA CONSULTA

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

T: PA: 90x60 - t

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Perdeu 1/2 hora de consciência (caí), desmaiada dentro de veículo com movimento do nível de consciência desacordado em 1/2, abnuo com D. Palidez (CD) (necrofobia) de sedação e estufismo ótico de presente.
Gengiva 3/5; Pupille acomodada P. Dilatada, e Grand
9CC grau

HISTÓRICO CLÍNICO

CONDUTA MÉDICA

Observação: 6h 12h 24h

DIÉTA

ZERO

LIVRE

LIQUIDA

BRANDA

Transferência

Internação

PASTOSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Sedação: Midazolam 5mg + 40IU + Fendom 2ml + 40IU
 2. Manutenção: Midazolam 274 + 5% Glicol 100ml 20g/litro
 3. 500 + Cetofenona 500 mg Apolo + 120ml Água
 4. 5% Glicol 100ml 20g/litro

Dr. Fornalha: lidian
 MARCO
 CRM-CE 16782

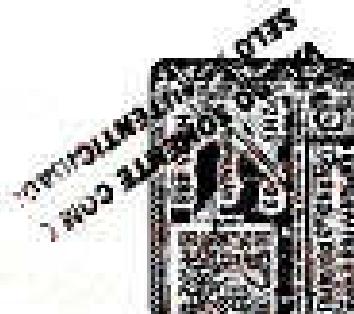
CREM-CE 3345

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

④ Ratificação

Nome: Eudimor Kolex Bandeira
D.O.: 30.01.1978
DOC: 54.514 295-7



Apresento cópia fotostática conforme com a seguinte identificação: Dov It Jaguaribe-Ce 08 MAI 2017	
Em testemunha <u>12</u> de verdade <u>Fátima Maria Barbosa</u> Tabellia Vulgar Semente com o sello de autenticidade.	



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

卷之六

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

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

Nº do Censo: _____ Nome do Cartório: _____

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

© 2001 Prentice-Hall, Inc.

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

INDEPENDENT PERSONS

ANQUELUQUE DIFTERIA HAMSENIASE POLIOMIELITE
 SARCÓLIA SARAMPO TUBERCULOSE HEPATITE

Serviços de Ribeira

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

2. ESTEQUEDAS FAMILIARES

CANCER CARDIOPATIA DIABETES PANSENAISE
 ENCEPSIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE

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

ODD PROGRAMAS

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

CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

EXAME CLÍNICO		HISTÓRIA / EXAME FISICOCLÍNICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
P	300 x 40		
		Realiza visita domiciliar no caso de paciente, 39 anos, vítima de acidente motoeletrostático ocorrido com TCE operando a travessia da ponte. Piscou cega de 2 traves arranhado entre Fortaleza e Juazeiro. desabilitado visualmente e continua em acompanhamento ortopédico. Aparência uniforme para a cirurgião em veraneio.	
		No veraneio, apresentava-se excorrada, dolorida, com edema proxim SNE e uso de queimaduras limpo e com reação / Magro Está convalescente e atingiu com o exame rodam.	
		Paciente unidânia da evasão, situado à R. Apresenta piora ligeira e duração oculomotoras. Aparência mudada da pele. A simulação das manobras veron. (MNI) revela-se alterada Pneumonia ligeira para evasão com fluido em percentagem de secatrigemina com fundo esbulhado viscido, e edema.	
		P.E.: R.R. 21, P.A.UF 12 mmHg P.R.: 80, com pulsos difusos com batimento FR: 19 bpm.	
		C.D.: ① Índice frustografia vertetora, punção Né dificuldade do acesso (rotina) ② Remover sucata da prefeitura.	
		③ Pálpa SNE ④ Aparência respiratória-estufada + náuseas com Fortaleza + confusão	
		⑤ Pneumonia Fibrosa ⑥ Pneumonia Estufada, Sma -	

SUS = 398 0005 9224 8356



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome: Eudimai Série: 00000000000000000000000000000000

Sexo: M F

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

UF: Ce

N.º do PRS:

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

Nome do Cartório:

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

Nome do Responsável:

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

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

ACRAVOS DE RISCO

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

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

ODONTOGRAMAS

PERIODO	DIREITO												ESQUERDO																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28							
DATA	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38						
	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75				
PERIODO	DIREITO												ESQUERDO																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28							
DATA	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40				
	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79
PERIODO	DIREITO												ESQUERDO																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28							
DATA	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42		
	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79

LEGIÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CÍCLICA /
SERVIÇO

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

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



05/04/14

Realizar visita domiciliar na casa
do paciente esanado, traqueostomizado,
no dia contendo por 5 NE e inicio recente
de alimentação paralisa VO. Paciente consciente,
"verbala", movimento das 4 extremidades e queixa-
r-se operava de dor no local da escara.
Foi à Fortaleza onde orientaram retorno
em metade para retirada de traqueostoma.
Não foi mais indicada cirurgia de face.
Dessa vez com auxílio da fisioterapeuta
audióloga e fazer fisioterapia
motora e respiratória.

ACV RR ST, BNF, 151 respirar

BB: VIV (), com nítidos estenôdicos

Paciente com amissão e paralisa
do olhar vertical à D.

PA: 350 x 40

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

CD: (1) Orienta limpeza / curativo
da escara

(2) Mudança de díscrito
a cada 2 hrs

(3) Solicita TC de crânio

(4) Encaminha os
“Melhor em casa”

(5) Aguarda desmane
da ferida e
acompanhamento

“Paciente está apto a fisioterápico”



AÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
16/12/15	<p>P.S.: 100 x 70</p> <p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente, 39 anos, vítima de acidente motociclístico envolvendo com TCE grave e trauma de face. Ficou cerca de 2 meses internado em Fortaleza e desde dezembro manteve alta e continua com acompanhamento ambulatorial.</p> <p>Aguarda retorno para a cirurgia em março.</p> <p>No momento, encontra-se acamado, desnutrido, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem necrose / flagras.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Repre redução da acuidade visual à D, apresenta piora ligeira e dor ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos um MMT II. Quisitado de insônia.</p> <p>Apresenta ferão mas mádigas com tecido em processo de cicatrização com fundo vermelho súmido e brilhoso.</p> <p>ATV: RR: 27, BNP: 110 ppm. PR: 110 bpm com ondas difusas em bases, FR: 19 bpm.</p> <p>ED: (1) Tratamento fisioterápico motora, peleira R6 dificuldade de acesso (rotina)</p> <p>(2) Remoção recíproca da Fenitoína 100mg 2x/dia</p> <p>(3) Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>(4) Orientações sobre cuidados e higiene.</p> <p>(5) Preservativo Fibras</p> <p>(6) Prescrição de gutamylon 5 mg -</p> <p style="text-align: right;">CREMEP 16.036</p>	



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do paciente: Eudimilson Félix Bahia NO:

Sexo: M F

Data de Nascimento: 30/01/78

UF: Ceará

Município de Nasc.: Jaguaripe

Endereço: _____ N.º do RG: _____

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

Carteira Pneu: _____ Nome do Cartorio: _____

Visto: _____ Folhas: _____ Término: _____ Data de Emissão: _____

Nome da Mãe / Responsável: _____

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

COQUELUCHE DIFTERIA HANSENIASE POLIOMIELITE

RUBÉOLA SARAMPO TUBERCULOSE HEPATITE

ITROS: _____

AGRAVOS DE RISCO

ALCOOLISMO SIDA (AIDS) EPILEPSIA CARDIOPATIA

D. MENTAL ALERGIA TABAGISMO HEMOFILIA

DIABETES CHACAS HIPERTENSÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA

ITROS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

INFARTO HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

DIAGNÓSTICO: _____

DATAS: _____

DATA	TIPOS	A. PÓLO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TTDT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
1°									
2°									
3°									
Ref.									

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DATA	DIREITO								ESQUERDO							
		11	12	13	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	26	27	28
		11	12	13	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	26	27	28
		10	11	12	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	25	26	27
		10	11	12	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	25	26	27

2º EXAME	DATA	DIREITO								ESQUERDO							
		11	12	13	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	26	27	28
		11	12	13	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	26	27	28
		10	11	12	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	25	26	27
		10	11	12	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	25	26	27

3º EXAME	DATA	DIREITO								ESQUERDO							
		11	12	13	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	26	27	28
		11	12	13	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	26	27	28
		10	11	12	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	25	26	27
		10	11	12	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	25	26	27

*Este é o exame original
Comprovante o original
exames desta Prefeitura
exames desta Prefeitura*

AVALIAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLINICAS / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17	<p>Ritidão, cicuta de Ehidrofita foetida D3 ex 5, 70ml 3 cp (P dia, diazepam 5mg, i.v.mor 1 cp a noite)</p> <p>Realizar visita domiciliar na casa do paciente acamado, traqueostomizado, no alimentando por SNE e inicio recente de alimentação parcial VD. Paciente consciente "controlejo", movimento nos 4 membros e queixa- se apenas de dor no local da cicata. Foi à Fortaleza onde orientaram retorno em metade para retirada de traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deve iniciar desarranjo da ferida com a farcodiálise e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, ZT, BWF, 13 respostas AB: muf, com rebites espontâneos Paciente com amissão e paralimia do olho vertical à D.</p> <p>PA: 150 x 70</p> <p>Traqueostoma sem secreção e sem fuga. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p> <p>CD: ① Orienta limpeza / curativo da cicata ② Mudança de drenagem a cada 2 hrs ③ Solicita TC de crânio ④ Encaminha ao "Milher em casa". ⑤ Aguardar desarranjo da ferida e acompanhamento da fisioterapeuta.</p>	
Conforme o original Assinado e conforme o original assinado e conforme o original		



Prefeitura de
Porto Alegre

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE 
HOSPITALAR

Emissão: 20/04/2017 09:03:37

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				DADOS PESSOAIS	
CNS: 100000000000000	NOME: EUDIMAR FELIX BARODA	CPF: 045.111.000-00	DATA NASC.: 20/01/1988	ESTADO CIVIL:	SEXO: M
MORTE DA MÃE: MARIA LURDA DA SILVA BARODA		MORTE DO PAI: LUIZ FELIX BARODA		PAÍS: Brasil	
TIPO DE LOGRADOURO:		UF: RS	BAIRRO: Jardim das Flores		
COMPLEMENTO:	TELEFONE DE CONTACTO:	0454791	MUNICÍPIO: ARROYO DO MEIO	UF: RS	CEP: 94000-000
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NAME: LUIZ FELIX BARODA	PARENTESCO: PES	TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRÂNSITO					
TIPO DE VÍHICULO:	CÓDIGO DO EMPREGADO:	CÓDIGO DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CHAVÃO:		
ACOLHIMENTO E CLASSEFAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta. Acidente de trânsito entre corcel brasil e motociclista, resultou no falecimento de uma motociclista.					
QUEIXAS: VITIMA DE FUMADA DE MOTOCICLISTA, COM TOSSE GRAVE, INTUBADA.					
OBSERVAÇÕES: TRAJAVA CRONOCEFALICO. RESPRAÇÃO PARCIAL.					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Exame de Det: Sono	PROFISSÃO DE ATENDIMENTO: MÉDICO			
ESPECIALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:					
Assinatura:					

CONSOA:	
TEMPO NECESSÁRIO PARA DESEMBLOCAR:	
EXAMES COMPLEMENTARES: SOLICITADOS:	
ENCAMPEAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARREGO E ASSINATURA DO MÉDICO (ESPECIALISTA):

AC 31 mto



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-66

BR 116 Km 300 - Cruzero - Jaguaribe

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: Lidivânia Fábia Bandeira
 Sexo: M / A / F / I / Data de Nascimento: 22/04/1978
 Raça/Cor: Pardo CNS: _____
 End. Residencial: Vila do Pergolim
 PSF: Jaguaribe

Nome paciente:	Lidivânia Fábia Bandeira	Sexo:	M	Idade:	30
Endereço:	Residencial Vila do Pergolim	Nº:	100	CEP:	62.320-130
RG:	123456789	CPF:	123.456.789-00	Carteira de Trabalho:	123456789
Carteira de Motorista:	123456789	Placa do Automóvel:	ABC-1234	Motor:	1.000 cc

DADOS DA CONSULTA

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

T: PA: 90x60 - t

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Perdeu 1/2 hora de consciência (caí), desmaiada dentro de veículo com movimento do nível de consciência desacordado em 1/2, abnuo com D. Palidez (CD) facecida de sudorese e estremecimento óbvios de presente.
Gengiva 3/5; Pupille acomodada P. Dilatada, e Grand
9CC grau

HISTÓRICO CLÍNICO

CONDUTA MÉDICA

Observação: 6h 12h 24h

DIÉTA

ZERO

LIVRE

LIQUIDA

BRANDA

Transferência

Internação

PASTOSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Sedação: Midazolam 5mg + 40IU + Fentanyl 2ug + 40IU
 2. Analgesia: Midazolam 274 + 5% Oxit 100ml 20g/litro
 3. 500 + Cetofenona 500mg Apolo 400 + 1000ml 5% glicose
 4. 5% Glicose 1000ml 60ml/min

Rx: Fazendo: lido

Médico:

CRM-E 16782

CRM-PR 3345

CRM-SC 1000

CRM-RJ 1000

CRM-SP 1000

CRM-ES 1000

CRM-PE 1000

CRM-BR 1000

CRM-AM 1000

CRM-RO 1000

CRM-RR 1000

CRM-AC 1000

CRM-AP 1000

CRM-MT 1000

CRM-GO 1000

CRM-TO 1000

CRM-DF 1000

CRM-PI 1000

CRM-CE 1000

CRM-NL 1000

CRM-PR 1000

CRM-SC 1000

CRM-ES 1000

CRM-RJ 1000

CRM-PR 1000

CRM-SC 1000

CRM-ES

④ Ratificação

Nome: Eudimor Kolex Bandeira
D.O.: 30.01.1978
DOC: 54.514 295-7



Apresento cópia fotostática conforme com a seguinte identificação: Dov It Jaguaribe-Ce 08 MAI 2017	
Em testemunha <u>12</u> de verdade <u>Fátima Maria Barbosa</u> Tabellia Vulgar Semente com o sello de autenticidade.	



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

卷之六

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

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

Nº do Bloco: _____ Nome do Cartório: _____

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

© 2001 Prentice-Hall, Inc.

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

INDEPENDENT PERSONS

ANQUELUQUE DIFTERIA HAMSENIASE POLIOMIELITE
 SARCÓLIA SARAMPO TUBERCULOSE HEPATITE

Services de Riset

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

2. ESTEQUEDAS FAMILIARES

CANCER CARDIOPATIA DIABETES PANSENAISE
 ENCEPSIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE

ODD PROGRAMAS

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

CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

EXAME CLÍNICO		HISTÓRIA / EXAME FISICOCLÍNICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
P	300 x 40		
		Realiza visita domiciliar no caso de paciente, 39 anos, vítima de acidente motoeletrostático ocorrido com TCE operando a travessia da ponte. Piscou cega de 2 traves arranhado em Fortaleza e duas vezes acompanhamento contínuo. Aquecida unicamente para a cirurgia em veraneio.	
		No ambiente, encontrava-se ocorrida diarreia, com edema faco SNC e uso de ibuprofeno diminuído e com retenção / Magro Está convalescente e atingiu com o exame:	
		Exame undular da cavidade oral a D, exponível sobre liso e duro ocular à E. Apresenta undulação das tecas e simulação das mucosidades verm. MHI: suspeita de fibromialgia Braquial: dor no braço esquerdo cor. Fuida em paciente de micetomação com quadro esmalhado viscido, e cicatriz	
		P.E.: R.R. 21, P.A.F. 120 mmHg P.R.: 80, com pulsos difusos cor: branco FR: 19 bpm	
		C.B.: ① Índice tristenia metálica, punção hér- mico ② dificuldade de ação (reflexo) ③ humor vacuolado da prefeitura ④ pele SNC	
		⑤ Aquecida respiratória-estufa + náuseas em Fortaleza ⑥ hipotensão	
		5) Pneumonia Fibrose 6) Pneumonia bacteriana S na -	

SUS = 398 0005 9224 8356



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Endereço: Eduardo J. Filho BalaianoSexo: M F Data de Nascimento: 30/01/72 - Município de Nasc.: JaguaripeUF: CE

N.º do PRS:

UF: CE Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: 11/11/00

Nome do Cartório:

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

Nome do Responsável:

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

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

ACRAVOS DE RISCO

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

- | | | | |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CÂNCER | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA | <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> VÍTICO |
| <input type="checkbox"/> NEUROSES | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO | <input type="checkbox"/> TABAGISMO | <input type="checkbox"/> HANSENIASE |
| <i>NEUROSES</i> <i>NEUROSES</i> <i>NEUROSES</i> <i>NEUROSES</i> | | | |

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

ODONTOGRAMAS

PERIÂNCHE	DIREITO												ESQUERDO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	830	831	832	833	834	835	836	837	

LEGIÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CÍCLICA /
SERVIÇO

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

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



05/04/14

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

ACV RR ST, BNF, 151 respirar

BB: VIV (), com nítidos estenôdicos

Paciente com amissão e paralisa
do olhar vertical à D.

PA: 350 x 40

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

CD: (1) Orienta limpeza / curativo
da escara

(2) Mudança de díscrito
a cada 2 hrs

(3) Solicita TC de crânio

(4) Encaminha os
“Melhor em casa”

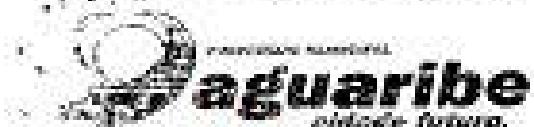
(5) Aguarda desmane
da ferida e
acompanhamento

“Paciente está apto a fisioterápico”



AÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
16/12/15	<p>P.S.: 100 x 70</p> <p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente, 39 anos, vítima de acidente motociclístico envolvendo com TCE grave e trauma de face. Ficou cerca de 2 meses internado em Fortaleza e desde dezembro manteve alta e continua com acompanhamento ambulatorial.</p> <p>Aguarda retorno para a cirurgia em março.</p> <p>No momento, encontra-se acamado, desnutrido, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem necrose / flagras.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Repre redução da acuidade visual à D, apresenta piora ligeira e dor ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos um MMT II. Quisitado de insônia.</p> <p>Apresenta ferão mas mádigas com tecido em processo de cicatrização com fundo vermelho súmido e brilhoso.</p> <p>ATV: RR: 27, BNP: 110 ppm. PR: 110 bpm com ondas difusas em bases, FR: 19 bpm.</p> <p>ED: (1) Tratamento fisioterápico motora, peleira R6 dificuldade de acesso (rotina)</p> <p>(2) Remoção recíproca da Fenitoína 100 mg 2x/dia</p> <p>(3) Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>(4) Orientações sobre cuidados e higiene.</p> <p>(5) Preservativo Fibras</p> <p>(6) Prescrição de gutamylon 5 mg -</p> <p style="text-align: right;">CREMEP 16.036</p>	



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do paciente: Eudimilson Félix Bahia NO:

Sexo: M F

Data de Nascimento: 30/01/78

UF: Ceará

Município de Nasc.: Jaguaripe

Endereço: _____ N.º do RG: _____

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

Carteira Pneu: _____ Nome do Cartorio: _____

Visto: _____ Folhas: _____ Término: _____ Data de Emissão: _____

Nome da Mãe / Responsável: _____

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

COQUELUCHE DIFTERIA HANSENIASE POLIOMIELITE

RUBÉOLA SARAMPO TUBERCULOSE HEPATITE

ITROS: _____

AGRAVOS DE RISCO

ALCOOLISMO SIDA (AIDS) EPILEPSIA CARDIOPATIA

D. MENTAL ALERGIA TABAGISMO HEMOFILIA

DIABETES CHACAS HIPERTENSÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA

ITROS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

AVALIAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLINICAS / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17	<p>Ritidão, cicuta de Ehidrofita foetida D3 ex 5, 70ml 3 cp (P dia, diazepam 5mg, i.v.mor 1 cp a noite)</p> <p>Realizar visita domiciliar na casa do paciente acamado, traqueostomizado, no alimentando por SNE e inicio recente de alimentação parcial VD. Paciente consciente "controlejo", movimento nos 4 membros e queixa- se apenas de dor no local da cicata. Foi à Fortaleza onde orientaram retorno em metade para retirada de traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deve iniciar desarranjo da ferida com a farcodiálise e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, ZT, BWF, 13 respostas AB: muf, com rebites espontâneos Paciente com amissão e paralimia do olho vertical à D.</p> <p>PA: 150 x 70</p> <p>Traqueostoma sem secreção e sem fuga. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p> <p>CD: ① Orienta limpeza / curativo da cicata ② Mudança de drenagem a cada 2 hrs ③ Solicita TC de crânio ④ Encaminha ao "Milher em casa". ⑤ Aguardar desarranjo da ferida e acompanhamento da fisioterapeuta.</p>	
Conforme o original Assinado e conforme o original assinado e conforme o original		



Prefeitura de
Porto Alegre

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE 
HOSPITALAR

Emissão: 20/04/2017 09:03:37

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				DADOS PESSOAIS	
CNS: 100000000000000	NOME: LUIZ FELIX BARODA	SEXO: MASCULINO	PAPEL: PACIENTE	UF: RS	RAÇA/COR: Parda
CPF: 111.111.111-11	DATA NASC.: 20/01/1988	ESTADO CIVIL:	DESCO: N	MUNICÍPIO: Porto Alegre	
NOME DA MÃE: MARIA LURDA DA SILVA BARODA		MÓVEL DO PAI: LUIZ FELIX BARODA			
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: RUA DO JAZAREIRO	UF: RS	BAIRRO: Jardim das Rosas	
COMPLEMENTO:	TELEFONE DE CONTACTO: 5199479	PAISES/PRO: ANGOLA/BR	UF: RS	CEP: 90730000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NAME: LUIZ FELIX BARODA	PARENTES/OUTROS: PES	TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRABALHO:					
TIPO DE VÍNCULO:	CARGO DO EMPREGADO:	CPA DO EMPREGADOR:	ENDERECO DO CHAMADA:		
ACOLHIMENTO E CLASSEFAÇÃO DE RISCO:					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta. Acidente de trânsito entre corcel branco, capotamento, resultou no preenchimento de uma hidrocauda.					
QUEIXAS: VITIMA DE CAPOTAMENTO DE MOTO, COM TOS GRAVE, INTUBADO.					
OBSERVAÇÕES: TRAJAVA CRONOCEFALICO. RESPERAÇÃO FRACASSADA.					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Exame de Det: Sono	PROFISSÃO DE ATENDIMENTO: MÉDICO		
ESPECIALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:					
Assinatura:					

CONSOA:	
TEMPO NECESSARIO PARA DESCRIÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES: SOLICITADOS:	
ENCARTEAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARREGO E ASSINATURA DO MÉDICO (SPécialista):



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Protó

4/2017

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

versão 01/2017

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978



PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

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

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

Joaquim, Jún.
Médico
CRM-CE 14401

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

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Protó

4/2017

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5468728

NOME: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

versão 01/2017

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1978



PAI: LUIZ FELIX BANDEIRA

MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA BANDEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 25/09/2016

DATA SAÍDA: 16/12/2016

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

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

Joaquim, Jún.
Médico
CRM-CE 14401

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

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

AC 31 mto



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-66

BR 116 Km 300 - Cruzero - Jaguaribe

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: Lidivânia Fábia Bandeira
 Sexo: M / A / F / I / Data de Nascimento: 22/04/1978
 Raça/Cor: Pardo CNS: _____
 End. Residencial: Vila do Pergolim
 PSF: Jaguaribe

Nome paciente:	Lidivânia Fábia Bandeira	Sexo:	M	Idade:	30
Endereço:	Residencial Vila do Pergolim	Nº:	100	CEP:	62.320-130
RG:	123456789	CPF:	123.456.789-00	Carteira de Trabalho:	123456789
Carteira de Motorista:	123456789	Placa do Automóvel:	ABC-1234	Motor:	1.000cc

DADOS DA CONSULTA

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

T: PA: 90x60 - t

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Perdeu 1/2 hora de consciência (caí), desmaiada dentro de veículo com movimento do nível de consciência desacordado em 1/2, abnuo com D. Palidez (CD) facecida de sudorese e estremecimento óbvios de presente.
Gengiva 3/5; Pupille acomodada P. Dilatada, e Grand
9CC grau

HISTÓRICO CLÍNICO

CONDUTA MÉDICA

Observação: 6h 12h 24h

DIÉTA

ZERO

LIVRE

LIQUIDA

BRANDA

Transferência

Internação

PASTOSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Sedação: Midazolam 5mg + 40IU + Fentanyl 2ug + 40IU
 2. Analgesia: Midazolam 274 + 5% 0,9% 0,9% 100ml 20g/litro
 3. 500 + Cetofenona 500 mg Apolo + 100ml 10g/litro
 4. 5% 0,9% 0,9% 100ml 10g/litro

Rx: Fazendo: lido
 MADRUGA
 CRM-MG 16782

CREM-PR 3345

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

④ Ratificação

Nome: Eudimor Kolex Bandeira
D.O.: 30.01.1978
DOC: 54.514 295-7



Apresento cópia fotostática conforme com a seguinte identificação: Dov It Jaguaribe-Ce 08 MAI 2017	
Em testemunha <u>12</u> de verdade <u>Fátima Maria Barbosa</u> Tabellia Vulgar Semente com o sello de autenticidade.	

SISTEMA CLÍNICO E DIAGNÓSTICA

SUS = 398 0005 9224 8356



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome: Eudimai Série: 00000000000000000000000000000000

Sexo: M F

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

UF: CE

N.º do PRS:

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

Nome do Cartório:

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

Nome do Responsável:

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

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

ACRAVOS DE RISCO

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

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

ODONTOGRAMAS

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

LEGIÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CÍCLICA /
SERVIÇO

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

33/12/13 Lihailo Rezende da Britto ~~Fonte~~
D2 exs, tomas 2 CP / P dia, diafragma
3 mg, tomas 1 es a noite



05/04/14

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

ACV RR, ST, GNF, 151 respirações

BB: VIV (), com nítidos estenôdicos

Paciente com amissão e paralisa
do olhar vertical à D.

PA: 150 x 40

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

CD: (1) Orientar limpeza / curativo
da escara

(2) Mudança de drenagem
a cada 2 hrs

(3) Solicitar TC de crânio

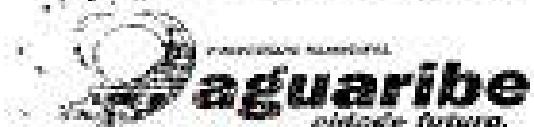
(4) Encaminhar os
"Melhor em casa"

(5) Aguardar desamarro
da sonda e
acompanhamento

funcional e fisioterápico.

AÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
16/12/15	<p>P.S.: 100 x 70</p> <p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente, 39 anos, vítima de acidente motociclístico envolvendo com TCE grave e trauma de face. Ficou cerca de 2 meses internado em Fortaleza e desde dezembro manteve alta e continua com acompanhamento ambulatorial.</p> <p>Aguarda retorno para a cirurgia em março.</p> <p>No momento, encontra-se acamado, desnutrido, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem necrose / flagras.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Repre redução da acuidade visual à D, apresenta piora ligeira e dor ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos um MMT II. Quisicul de insônia.</p> <p>Apresenta ferão mas mádigas com tecido em processo de cicatrização com fundo vermelho súmido e brilhoso.</p> <p>ATV: RR: 27, BNP: 150 ppm. PR: 110 com ondas difusas em bases, FR: 19 bpm.</p> <p>ED: (1) Tratamento fisioterápico motora, peleira R6 dificuldade de acesso (rotina)</p> <p>(2) Remoção recíproca da Fenitoína 100 mg 2/dia para SNE</p> <p>(3) Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>(4) Orientações sobre cuidados e higiene.</p> <p>(5) Preservativo Fibras</p> <p>(6) Prescrição de gutamylon 5 mg -</p> <p style="text-align: right;">CREMEP 16.036</p>	



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do paciente: Eudimilson Félix Bahia NO:

Sexo: M F

Data de Nascimento: 30/01/78

UF: Ceará

Município de Nasc.: Jaguaripe

Endereço: _____ N.º do RG: _____

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

Carteira Pneu: _____ Nome do Cartorio: _____

Visto: _____ Folhas: _____ Término: _____ Data de Emissão: _____

Nome da Mãe / Responsável: _____

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

COQUELUCHE DIFTERIA HANSENIASE POLIOMIELITE

RUBÉOLA SARAMPO TUBERCULOSE HEPATITE

ITROS: _____

AGRAVOS DE RISCO

ALCOOLISMO SIDA (AIDS) EPILEPSIA CARDIOPATIA

D. MENTAL ALERGIA TABAGISMO HEMOFILIA

DIABETES CHACAS HIPERTENSÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA

ITROS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

HEMOFILIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HANSENIASE

ITROS: _____

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

AVALIAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLINICAS / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17	<p>Ritidão, cicuta de Ehidrofita foetida D3 ex 5, 70ml 3 cp (P dia, diazepam 5mg, i.v.mor 1 cp a noite)</p> <p>Realizar visita domiciliar na casa do paciente acamado, traqueostomizado, no alimentando por SNE e inicio recente de alimentação parcial VD. Paciente consciente "controlejo", movimento nos 4 membros e queixa- se apenas de dor no local da cicata. Foi à Fortaleza onde orientaram retorno em metade para retirada de traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deve iniciar desarranjo da ferida com a farcodiálise e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, ZT, BWF, 13 respostas AB: muf, com rebites espontâneos Paciente com amissão e paralimia do olho vertical à D.</p> <p>PA: 150 x 70</p> <p>Traqueostoma sem secreção e sem fuga. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p> <p>CD: ① Orienta limpeza / curativo da cicata ② Mudança de drenagem a cada 2 hrs ③ Solicita TC de crânio ④ Encaminha ao "Milher em casa". ⑤ Aguardar desarranjo da ferida e acompanhamento da fisioterapeuta.</p>	
Conforme o original Assinado e conforme o original assinado e conforme o original		



Prefeitura de
Porto Alegre

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE 
HOSPITALAR

Emissão: 20/04/2017 09:03:37

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				DADOS PESSOAIS	
CNS: 100000000000000	NOME: LUIZ FELIX BARODA	CPF: 000.000.000-00	DATA NASC.: 20/01/1928	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	SEXO: M
MORADA: MARIA LURDA DA SILVA BARODA		MORÉ DO PAI: LUIZ FELIX BARODA		MORADA: Rua Rua	
TIPO DE LOGRADOURO:		NOME DO PACIENTE: LUIZ FELIX BARODA		UF: RS	BAIRRO: Centro
COMPLEMENTO:	TELEFONE: (51) 3222-2100	MUNICÍPIO: ANTONIO VIEIRA	UF: RS	CEP: 95000-000	TELÉFONE:
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NAME: LUIZ FELIX BARODA	PARENTESCO: PES		TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CARGO DO EMPREGADO:	CRM DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CRIME:		
ACOPLAMENTO E CLASSEFAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta. Acidente de trânsito entre corcel branco, ciclistas, resultando no falecimento de uma motociclista.					
QUEIXAS: VITIMA DE QUITA DE MOTO, COM TOS GRAVE, INTUBADA.					
OBSERVAÇÕES: TRAJAVA CRONOCEFALICO. REAÇÃO FRACASSADA.					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Exame de Det: Seta	PROFISSÃO DE ATENDIMENTO: MÉDICO			
ESPECIALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:					
Assinatura:					

CONSOA:	
TEMPO NECESSARIO PARA DESCRIÇÃO:	
EXAMINAS COMPLEMENTARES: SOLICITADAS:	
ENCARREGADO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARREGO E ASSINATURA DO MÉDICO (SPÉCIALISTA):

AC 31 mto



HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

CNPJ: 07.443.708/0001-66

BR 116 Km 300 - Cruzero - Jaguaribe

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: Lidivânia Fábia Bandeira
 Sexo: M / A / F / I / Data de Nascimento: 22/04/1978
 Raça/Cor: Pardo CNS: _____
 End. Residencial: Vila do Pergolim
 PSF: Jaguaribe

Nome paciente:	Lidivânia Fábia Bandeira	Sexo:	M	Idade:	30
Endereço:	Residencial Vila do Pergolim	Nº:	100	CEP:	62.320-130
RG:	123456789	CPF:	123.456.789-00	Carteira de Trabalho:	123456789
Carteira de Motorista:	123456789	Placa do Automóvel:	ABC-1234	Motor:	1.000 cc

DADOS DA CONSULTA

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

T: PA: 90x60 - t

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

Perdeu 2 dias de trabalho (exa), desidratação
 constante com desmanuseio do nível de consciência e
 desorientação em seu dia, abnegação. Palidez. TGD (paciente
 de sedação) e estufas dolorosas de pressão.
Gengiva: 3/5; Pupille: acomodada P: dilatada, E: grand
Hipótese Diagnóstica: Abd Crise
QCC grave

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

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

PREScriÇÃO MÉDICA

1. Sedação: Midazolam 5mg + 40IU + Fentanyl 2ug + 40IU
 2. Manutenção: Midazolam 274 + 500g% Dextrose 100ml 20g/litro
 3. 500 + Cetofenona 500mg Apolo 400 + 100ml 10g/litro
 4. 500g% Glicose 100ml 10g/litro

Rx: Fazendo: lido
 MADRUGA
 CRM-MG 16782

CREM-PR 3345

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE

④ Ratificação

Nome: Eudimor Kolex Bandeira
D.O.: 30.01.1978
DOC: 54.514 295-7



Apresento cópia fotostática conforme com a seguinte identificação: Dov It Jaguaribe-Ce 08 MAI 2017	
Em testemunha <u>12</u> de verdade <u>Fátima Maria Barbosa</u> Tabellia Vulgar Semente com o sello de autenticidade.	



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

• 5000 6 7 8

Local de nascimento: 30112000 Municipio de Belo Horizonte

_____ **2014-15 PIS:** _____

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

Nº C. 390 - Elgin _____ Nome do Cartório: _____

Folha: _____ **Termo:** _____ **Data de Emissão:** _____

Digitized by srujanika@gmail.com

1 - NOME / FOTO 2 - RASCIMENTO / 3 - CASAMENTO / 4 - DIVÓRCIO / SEPARAÇÃO ANAMNESE

INDEPENDENT PERSONS

ANQUELOCHE DIFTERIA HANSONIASE POLIOMIELITE
 SARCÓLIA SARAMPO TUBERCULOSE HEPATITE

Serviços de Ribeira

DIABOLISMO SIDA (AIDS) EPILÉPSIA FORME TÍPICAS CARDIOPATIA
 ALCOOLISMO ALERGIA TABAGISMO FORME OCULTAS MEMÓRIA
 SEDATIVOS CHAGAS IMPERFECÇÕES FÍSICAS INDEPENDÊNCIA FÍSICA
 ANTISSOCIAL

2. ESTEQUEDAS FAMILIARES

CARDIOPATIA DIABETES PANSEMAISE
 ENCEPSIA HIPERTENSÃO TUBERCULOSA

ODD PROGRAMS

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

SISTEMA CLÍNICO E DIAGNÓSTICA

505-898 0005 9324 8356



aguaribe citrus sinensis

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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

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

Benz M P

10-10-22 Município de Nisse.

UF 4

— 112 —

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

Monte do Céu:

Padres: _____ Hermanos: _____ Data de Emisión: _____

Sponsoring:

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

ITÉS PESSOAIS

DIFTERIA HANSENASE POLIOMIELITE
 SARAMPO TUBERCULOSE HEPATITE

ACRÁVOS DE RISCO

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

CÂNCER () CARDIOPATIA () DIABETES () TUBERCULOSE () HANSENIASE
MÉSCALD () HIPERTENSÃO () RENAL ()

COOPERATIVES

	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																														
DIREITO	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																						
5000	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
4000	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																												
	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																				

LEGIÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CÍCLICA /
SERVIÇO

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

ASSINATURA

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



05/04/14

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

ACV RR ST, BNF, 151 respirar

BB: VIV (), com nítidos estenôdicos

Paciente com amissão e paralisa
do olhar vertical à D.

PA: 350 x 40

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

CD: (1) Orienta limpeza / curativo
da escara

(2) Mudança de drenagem
a cada 2 hrs

(3) Solicita TC de crânio

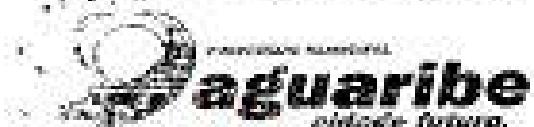
(4) Encaminha os
“Melhor em casa”

(5) Aguarda desmane
da ferida e
acompanhamento

“Pacientes assist. fisioterápicos”

AÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLÍNICA / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
16/12/15	<p>P.S.: 100 x 70</p> <p>Realiza visita domiciliar na casa de paciente, 39 anos, vítima de acidente motociclístico envolvendo com TCE grave e trauma de face. Ficou cerca de 2 meses internado em Fortaleza e desde dezembro manteve alta e continua com acompanhamento ambulatorial.</p> <p>Aguarda retorno para a cirurgia em março.</p> <p>No momento, encontra-se acamado, desnutrido, em alimentação por SNE e uso de traqueostomia limpa e sem necrose / flagras.</p> <p>Está consciente e interage com o examinador.</p> <p>Repre redução da acuidade visual à D, apresenta piora ligeira e dor ocular à E. Apresenta redução da força e limitação dos movimentos um MMT II. Quisicul de insônia.</p> <p>Apresenta ferão mas mádigas com tecido em processo de cicatrização com fundo vermelho súmido e brilhoso.</p> <p>ATV: RR: 27, BNP: 150 ppm. PR: 110 com ondas difusas em bases, FR: 19 bpm.</p> <p>ED: (1) Tratamento fisioterápico motora, peleira R6 dificuldade de acesso (rotina)</p> <p>(2) Remoção recíproca da Fenitoína 100 mg 2/dia para SNE</p> <p>(3) Aguarda programação cirúrgica e retorno em Fortaleza</p> <p>(4) Orientações sobre cuidados e higiene.</p> <p>(5) Preservativo Fibras</p> <p>(6) Prescrição de gutamylon 5 mg -</p> <p style="text-align: right;">CREMEP 16.036</p>	



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

FICHA DE ATENDIMENTO GERAL

Nome do paciente: Eudimilson Félix Bahia NO:

Sexo: M F

Data de Nascimento: 30/01/78

UF: Ceará

Município de Nasc.: Jaguaripe

Endereço: _____ N.º do RG: _____

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

Carteira Pneu: _____ Nome do Cartorio: _____

Visto: _____ Folhas: _____ Término: _____ Data de Emissão: _____

Nome da Mãe / Responsável: _____

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

ANTECEDENTES PESSOAIS

COQUELUCHE DIFTERIA HANSENIASE POLIOMIELITE

RUBÉOLA SARAMPO TUBERCULOSE HEPATITE

ITROS: _____

AGRAVOS DE RISCO

ALCOOLISMO SIDA (AIDS) EPILEPSIA CARDIOPATIA

C. MENTAL ALERGIA TABAGISMO HEMOFILIA

DIABETES CHACAS HIPERTENSÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA

ITROS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

CÂNCER CARDIOPATIA DIABETES MELITO CARDIOPATIA

INFARTO HIPERTENSÃO TUBERCULOSE HEMOFILIA

DIABETES CHACAS HIPERTENSÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA

ITROS: _____

EXAMES

DATA	TIPOS	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B. C. G.	TTDT	TRIVIRAL	HEP. B	FEBRE AMARELA
1°									
2°									
3°									
Ref.									

ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO	25	24	23	22	21	31	32	33	34	35	36	37	38
DATA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
	46	45	44	43	42	41	40	39	21	22	23	24	25	26
	35	34	33	32	31	30	29	28	71	72	73	74	75	76

Cópias feitas em o original
pertencente à Prefeitura
de Jaguaripe, Ceará.
Exclusivos desta Prefeitura

2º EXAME	DIREITO	25	24	23	22	21	31	32	33	34	35	36	37	38
DATA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
	45	47	46	45	44	43	42	41	21	22	23	24	25	26
	35	34	33	32	31	30	29	28	71	72	73	74	75	76

3º EXAME	DIREITO	25	24	23	22	21	31	32	33	34	35	36	37	38
DATA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
	45	47	46	45	44	43	42	41	21	22	23	24	25	26
	35	34	33	32	31	30	29	28	71	72	73	74	75	76

AVALIAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

CLINICAS / SERVIÇO	HISTÓRIA / EXAME FÍSICO / DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	ASSINATURA
03/04/17	<p>Ritidão, cicuta de Ehidolite 500mg D2 ex 5, 72mls 3 cp (P dia, diazepam 5 mg, ioman 1 cp a noite)</p> <p>Realizar visita domiciliar na casa do paciente acamado, traqueostomizado, no alimentando por SNE e inicio recente de alimentação parcial VD. Paciente consciente "controlejo", movimento nos 4 membros e queixa- se apenas de dor no local da cicata. Foi à Fortaleza onde orientaram retorno em metade para retirada de traqueostoma. Não foi mais indicada cirurgia de face. Deve iniciar desarranjo da ferida com a farcodiálise e fazer fisioterapia motora e respiratória. ACV: RR, ZT, BWF, 11 respostas AB: muf, com rebites espontâneos Paciente com amiose e paralimia do olho vertical à D.</p> <p>PA: 150 x 70</p> <p>Traqueostoma sem secreção e sem fuga. Escara sacral com tecido de granulação e em bom processo de cicatrização.</p> <p>CD: ① Orienta limpeza / curativo da cicata ② Mudança de drenagem a cada 2 hrs ③ Solicita TC de crânio ④ Encaminha ao "Milher em casa". ⑤ Aguardar desarranjo da ferida e acompanhamento da fisioterapeuta.</p>	
Conforme o original Assinado e conforme o original assinado e conforme o original		



Prefeitura de
Porto Alegre

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE 
HOSPITALAR

Emissão: 20/04/2017 09:03:37

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

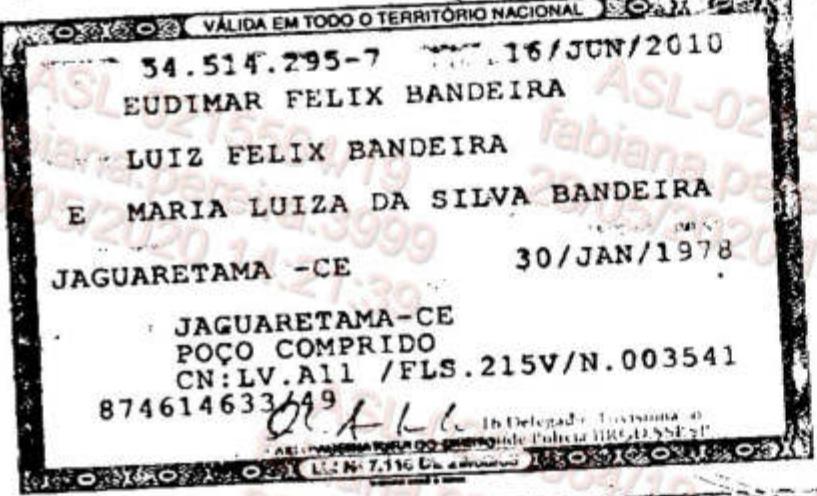
**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

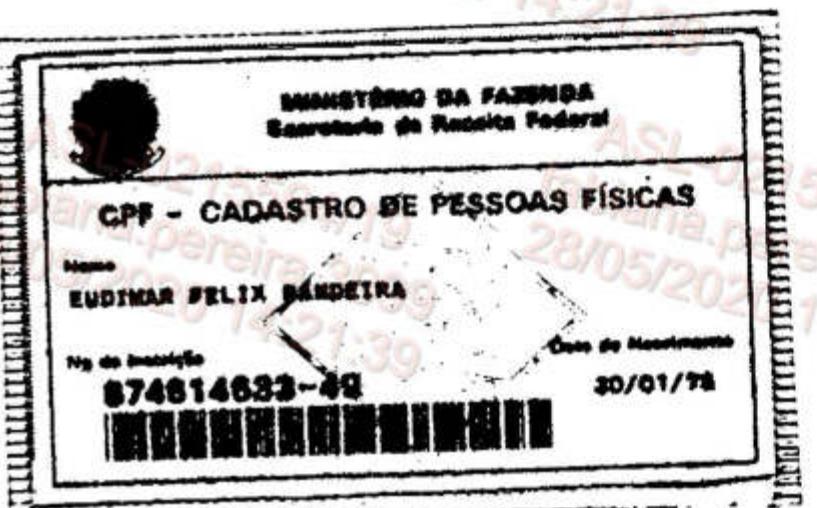
DATA/HORA: 20/04/2017 09:03:37

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				DADOS PESSOAIS	
CNS: 100000000000000	NOME: EUDIMAR FELIX BARODA	CPF: 045.111.000-00	DATA NASC.: 20/01/1938	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	SEXO: M
NOME DA MÃE: MARIA LURDA DA SILVA BARODA		NOME DO PAI: LUIZ FELIX BARODA		PAÍS: BRASIL	
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE:	VIA DO LOCALIZADOR:	UF: RS	BAIRRO: Jardim das Flores
COMPLEMENTO:	TELEFONE DE CONTATO:	CEP: 90140-070	MUNICÍPIO: PORTO ALEGRE	UF: RS	CEP: 90140-070
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NAME: LUIZ FELIX BARODA	PARENTESCO: PES	TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CARGO DO EMPREGADO:	CPF DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CRIME:		
ACOLHIMENTO E CLASSEFAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta. Acidente de trânsito entre corcel branco, ciclistas, resultando no falecimento de uma motociclista.					
QUEIXAS: VITIMA DE QUITADA DE MOTO, COM TOSSE GRAVE, INTUBADA.					
OBSERVAÇÕES: TRAJAVA CRONOCEFALICO. REAÇÃO FRACASSADA.					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Exame de Det: Sono	PROFISSÃO DE ATENDIMENTO: MÉDICO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
Assinatura:					

CONSOA:	
TEMPO NECESSÁRIO PARA DESEMBOCAR:	
EXAMES COMPLEMENTARES: SOLICITADOS:	
ENCAMPEAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARREGO E ASSINATURA DO MÉDICO (SPÉCIALISTA):



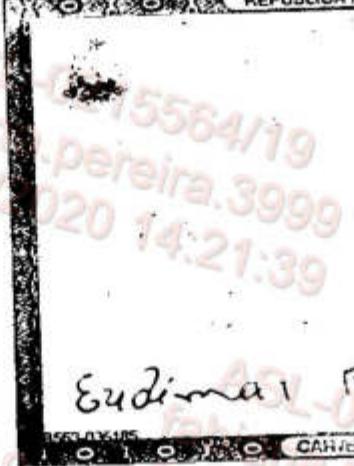
Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

0000-2

PROIBIDO PLASTIFICAR



Eudimara Félix Bandura

CAIXA DE IDENTIDADE

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

Assinatura

Eudimara Félix Bandura
EUDIMARA FELIX BANDURA

SER
P
R
O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 30/03/08

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE COM TRAUMA DE FACE

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1
SOLICITO PERÍCIA EM ESCALA DE PRIORIDADE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE COM TRAUMA DE FACE

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1
SOLICITO PERÍCIA EM ESCALA DE PRIORIDADE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/06/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TCE COM EDEMACEREBRAL
TRAUMA DE FACE

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- TRAQUEOSTOMIA(75)
ALTA

Sequelas permanentes: DEBILIDADE MOTORA E NEUROLÓGICA PÓS TCE

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE NEUROLÓGICA EM GRAU RESIDUAL

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TCE COM TRAUMA DE FACE

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO ALTA

Sequelas permanentes: DEBILIDADE MOTORA E NEUROLÓGICA PÓS TCE

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE MOTORA E NEUROLÓGICA PÓS TCE

Documentos complementares:

Observações: @1

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0151118/20

Vítima: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

CPF: 874.614.633-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/09/2016

Titular do CPF: EUDIMAR FELIX BANDEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EUDIMAR FELIX BANDEIRA : 874.614.633-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EUDIMAR FELIX BANDEIRA

FABIANA LUCIA DUARTE DA ROSA PEREIRA