



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

01285:197037

BRASIL

BRASIL





1. Nº
 620044



2. Nº de Matrícula
 2200280



Reservatório

*AMPLIAR O TEXTO

Data

3. Nome do Aluno
 [Illegible]

4. Sexo
 M / F

5. Data de Nascimento

6. Endereço

7. Telefone

8. Curso

9. Número de Complementos

10. Matrícula

11. Nome do Mãe

12. Cidade

13. Nome do Pai

14. Profissão

15. Nome do Avô

16. Profissão

17. Nome do Avô

18. Profissão

19. Nome do Avô

20. Profissão

21. Nome do Avô

22. Profissão

23. Nome do Avô

24. Profissão

25. Nome do Avô

26. Profissão

27. Nome do Avô

28. Profissão

29. Nome do Avô

30. Profissão

31. Nome do Avô

32. Profissão

33. Nome do Avô

34. Profissão

35. Nome do Avô

36. Profissão

37. Nome do Avô

38. Profissão

39. Nome do Avô

40. Profissão

41. Nome do Avô

42. Profissão

43. Nome do Avô

44. Profissão

45. Nome do Avô

46. Profissão

47. Nome do Avô

48. Profissão

49. Nome do Avô

50. Profissão

51. Nome do Avô

52. Profissão

53. Nome do Avô

54. Profissão

55. Nome do Avô

56. Profissão

57. Nome do Avô

58. Profissão

59. Nome do Avô

60. Profissão

61. Nome do Avô

62. Profissão

63. Nome do Avô

64. Profissão

65. Nome do Avô

66. Profissão

67. Nome do Avô

68. Profissão

69. Nome do Avô

70. Profissão

71. Nome do Avô

72. Profissão

73. Nome do Avô

74. Profissão

75. Nome do Avô

76. Profissão

77. Nome do Avô

78. Profissão

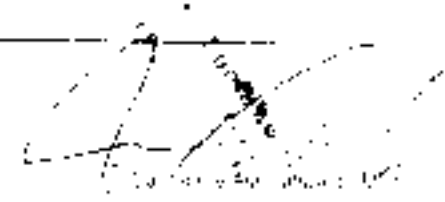
79. Nome do Avô

80. Profissão

COMISSÃO DE APLICAÇÃO

Nome do Aluno: [Illegible]
 Matrícula: [Illegible]
 Data: [Illegible]

ORTOSE PROTESE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

4.1111

Dr. [Handwritten Name]

[Handwritten Patient Name]

MULHER CAMERON

FORÁRIO

[Handwritten medical notes and prescriptions]

[Circular stamp]

[Handwritten medical notes and prescriptions]

[Circular stamp]

[Text]

[Handwritten medical notes and prescriptions]

[Circular stamp]

[Circular stamp]

[Handwritten medical notes and prescriptions]



FICHA DE ATENDIMENTO



UNIDADE ADMINISTRATIVA: EMPRESA DE SANEAMENTO

DATA DE REALIZAÇÃO:

LOCAL DE REALIZAÇÃO:

NOME:

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Quando o cliente apresenta sintomas de doença aguda, com febre, dor abdominal, vômito, diarreia, ou outros sinais de infecção, ou quando há suspeita de contaminação da água ou do ambiente.

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Quando o cliente apresenta sintomas de doença aguda, com febre, dor abdominal, vômito, diarreia, ou outros sinais de infecção, ou quando há suspeita de contaminação da água ou do ambiente, e o caso é considerado de risco moderado.

CLASSIFICAR COMO VERDE

Quando o cliente apresenta sintomas de doença aguda, com febre, dor abdominal, vômito, diarreia, ou outros sinais de infecção, ou quando há suspeita de contaminação da água ou do ambiente, e o caso é considerado de risco baixo.

CLASSIFICAR COMO AZUL

Quando o cliente apresenta sintomas de doença aguda, com febre, dor abdominal, vômito, diarreia, ou outros sinais de infecção, ou quando há suspeita de contaminação da água ou do ambiente, e o caso é considerado de risco muito baixo.

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA AMARELA VERDE AZUL

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL MEDICINA

EMPRESA DE SANEAMENTO

CÓPIA AUTENTICADA



ANTONIO TARGINO

Dr. Antonio Targino

BOLETIM DE ANESTESIA

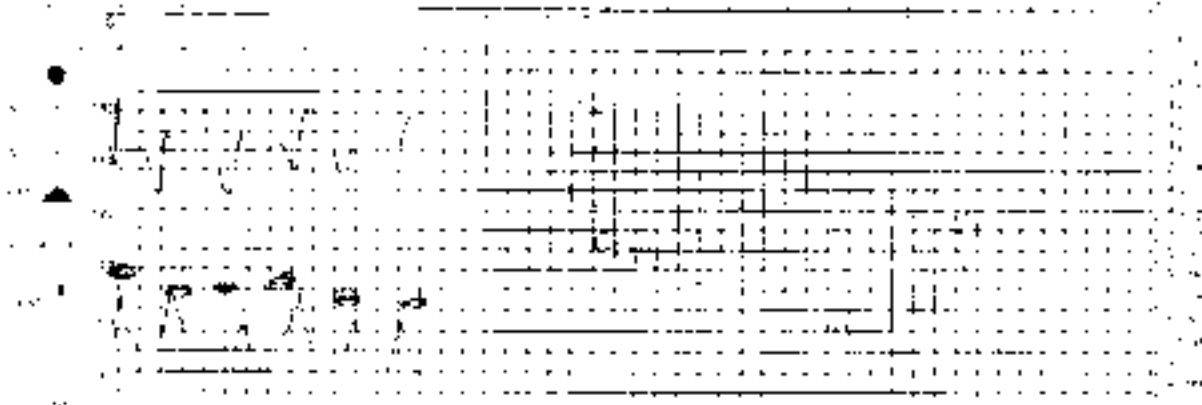
CIRURGIA

Nome do Paciente: *Antonio Targino*
 Nome do Cirurgião: *Antonio Targino*
 Data: *14/11/12*

Local do Procedimento: *OR 10*
 Tipo de Anestesia: *Alto*
 Nome do Anestesiologista: *Antonio Targino*

Diagnóstico: *...*
 Descrição do Procedimento: *...*

Medicamentos utilizados: *...*



Observações: *...*



1000 RADIOLIC S&P

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..
... ..
... ..





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação, que o Sr. **ROSE ADEMIR DE JESUS**, portador do CPF nº **043.1275-1** esteve em atendimento no UPA 24h Santa Cruz do Capibaribe em **17/10/2017** às **13h19min**. Foi tratado com o diagnóstico de **trauma** e encaminhado para o Hospital de Referência.

Santa Cruz do Capibaribe, 17 de Outubro de 2017.

Assinatura do médico

ROSE ADEMIR DE JESUS

Médico

UFPE

CPF nº 043.1275-1

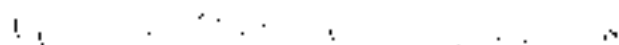
Handwritten signature of Rose Ademir de Jesus



S U B S T A B E L E C I M E N T O

Substituição, sem reservas de poderes, o Dr. **Bruno Leonardo Novaes Lima**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE pelo nº 22.690, nos poderes a que se refere.

Recife, 31 de abril de 2019.


Dra. Manoela Trigueiro Caroca Cavalcanti

OAB-PE 25.324

