



Prefeitura Municipal de Rio Claro - SP  
Diretoria de Gestão de Pessoas

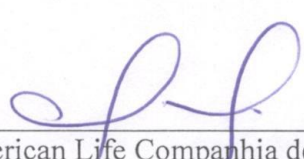
À  
AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Enviamos documentos abaixo para encaminhamento à American Life Companhia de seguros

**NOME DO SEGURADO: CLAUDEMIR SOARES LIMA**

- ☐ SEGURO AUTOMÁTICO
- ☐ SEGURO FACUTATIVO
- ☐ FALECIMENTO DA ESPOSA (O)
- ☐ FALECIMENTO DO SEGURADO
- ☐ REEMBOLSO FUNERAL
- ☒ D.I.T.
- ☐ CESTA BASICA
- ☐ OUTROS DOCUMENTOS SOLICITADOS:

ENTREQUES EM. ~~05-11-2009~~  
09/11/09

  
American Life Companhia de Seguros

OBS.:

WERTON ALM. CORRETORA SEGUROS LTDA.  
Jueli Andrade 11/11/2009

9694-7978


**VERTCON**  
 Clube de Seguros

# BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL

## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO EMERGENCIAL

|                                                               |                                   |      |                |                 |                    |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------|----------------|-----------------|--------------------|
| Sub-Estipulante:                                              | Prefeitura Municipal de Rio Claro |      |                | SUB-GRUPO       | CNPJ               |
| Proponente/Titular                                            | Claudemir Soares Lima             |      |                | Data Nascimento | 45.774.064.0001-88 |
| RG                                                            | Estado Civil                      | Sexo | MATRICULA / RE | CPF             | Natural de         |
| 29.580.078-1                                                  | casado                            | M    | 17931          | 212.456.568-05  | São Paulo          |
| Cônjuge                                                       | Márcia Betânia de Amorim          |      |                | Data Nascimento | 21/07/1982         |
| LOCAL E DATA DA OCORRÊNCIA: Rio Claro, 26 de setembro de 2009 |                                   |      |                |                 |                    |

Descreva com letra legível como ocorreu o acidente, suas causas e consequências.

Em uma diligência policial após escalar um muro, um tijolo desse veio a se soltar onde cai entre grades de ferro prendendo meu pé direito e forçando o tornozelo. Em seguida fui conduzido ao Pronto Socorro.

### RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

|                                                                                                              |                                                                                                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Data e hora da primeira consulta e/ou Atendimento                                                            | Descrição das lesões e primeiros procedimentos médicos.                                          |  |
| 26/09/09<br>05:05                                                                                            | Entorse joelho direito<br>Tornozelo D                                                            |  |
| Atendido pelo Dr. Ricardo Bedre                                                                              |                                                                                                  |  |
| Foram as lesões causadas exclusivamente pelo acidente? Em caso negativo especifique.                         | Sim                                                                                              |  |
| Em caso negativo quais foram as causas                                                                       | —                                                                                                |  |
| Encontrou V.sa. no acidentado alguma doença, mutilação ou redução funcional pré-existente ao Acidente? Qual? | Não                                                                                              |  |
| Houve a necessidade de Afastamento de suas atividades profissionais? Quantos dias?                           | Sim 45 dias                                                                                      |  |
| O Acidentado teve alta? Em que data?                                                                         | Ainda Não A critério Médico                                                                      |  |
| Houve Invalidez? Total ou Parcial? De qual Órgão ou Membros?                                                 | Não                                                                                              |  |
| Qual o percentual de redução Funcional?                                                                      | Em perda funcional                                                                               |  |
| Nome do Médico Assistente.                                                                                   | CRM                                                                                              |  |
| Ricardo Bedre                                                                                                | 102783                                                                                           |  |
| Endereço do Médico.                                                                                          | Av 15 Pronto Socorro Municipal Rio Claro                                                         |  |
| LOCAL / DATA                                                                                                 | 27/10/09                                                                                         |  |
|                                                                                                              | Assinatura do Médico solicitante<br>Dr. Ricardo Bedre<br>Ortopedia e Traumatologia<br>CRM 102783 |  |

|           |            |                          |
|-----------|------------|--------------------------|
| LOCAL     | Data       | Assinatura do Acidentado |
| Rio Claro | 26/09/2009 | Claudemir Soares Lima    |

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

29.580.078-1

DATA DE EXPEDICACAO

25/ABR/2005

NOME

CLAUDEMIR SOARES LIMA

FILIAÇÃO

JOAQUIM SOARES LIMA

E

JOBEDE DA SILVA LIMA

NATURALIDADE

S. PAULO -SP

DATA DE NASCIMENTO

03/MAI/1978

DOC. ORIGEM

SÃO PAULO-SP

JABOQUARA

CN:LV/A15 /FLS. 146 /N. 008662

CPF

212456568/05

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DA UNIF

8100-0

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

Clauemir Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE

2º TABELIAO DE NOTAS E PROTESTO DE RIO CLARO

AUTENTICACAO

Autentico a presente copia reprografica com o original a mim apresentado, do que dou fe. Rio Claro 28 de Outubro de 2009

Autenticacao R\$ 2,00

Valido somente com selo de autenticidade.

Colégio Notarial do Brasil - SP

ARPEN SP

Autenticacao

0869AB137981

Bel. NIVALDO OLIVEIRA

CPF/MF 134.758.788-87

Prontuario - 8.047

RIO CLARO - SP

Rua 6 nº 621/623 - Centro

Danielle Fernanda Andreozzi

Escrevente Autorizada

RG: 27.456.518-3

CPF 214.057.408-76

Cartão de uso pessoal e intransferível.

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão Abril/2005

CORREIOS

www.correios.com.br

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

212.456.568-05

Nome

CLAUDEMIR SOARES LIMA

Nascimento

03/05/1978

2º TABELIAO DE NOTAS E PROTESTO DE RIO CLARO

AUTENTICACAO

Autentico a presente copia reprografica com o original a mim apresentado, do que dou fe. Rio Claro 28 de Outubro de 2009

Autenticacao R\$ 2,00

Valido somente com selo de autenticidade.

Colégio Notarial do Brasil - SP

ARPEN SP

Autenticacao

0869AB137982

Bel. NIVALDO OLIVEIRA

CPF/MF 134.758.788-87

Prontuario - 8.047

RIO CLARO - SP

Rua 6 nº 621/623 - Centro

Danielle Fernanda Andreozzi

Escrevente Autorizada

RG: 27.456.518-3

CPF 214.057.408-76

SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800 880 6145 - Para dar sugestões de melhorias de nossos serviços, fazer reclamações ou solicitar o cancelamento de algum produto ou serviço.  
 Ouvidoria BCSul: 0800 722 6040 - Para sugestões ou reclamações que não foram atendidas satisfatoriamente pela Central de Serviços Cartão ou SAC, fale com a gente. Tenha em mãos o número do protocolo de atendimento da Central.



4B / 1002312



CLAUDEMIR SOARES LIMA  
 RUA CINCO, 3446,  
 JARDIM PORTUGAL  
 13500-270 RIOCLARO SP



72070308430586500000000231220051009



Para uso do Correo  
 Mudou-se  
 Endereço Insuficiente  
 Não existe nº indicado  
 Desconhecido  
 Recusado

Não Procurado  
 Ausente  
 Falecido  
 Instr. escrita p/ Port/Zelador

Assinatura do entregador:

Data

Reintegrado ao Serviço Postal em:

Data da Postagem: 05/10/2009 - Data do Vencimento: 10/10/2009

REMETENTE:  
 Caixa Postal 66014  
 São Paulo - SP  
 05314-970



02291133282910102009

**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO**

RUA TRÊS, Nº 945  
RIO CLARO - SP - CENTRO - CEP 13500-313  
FONE: (19) 35267240

**Recibo de Pagamento de Salário**

|                                                        |              |                                     |                      |                                |                                |
|--------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------|----------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| NOME DO SERVIDOR<br>CLAUDEMIR SOARES LIMA              |              |                                     |                      | REGISTRO<br>017931             |                                |
| CARGO/FUNÇÃO<br>GUARDA CIVIL MUNICIPAL                 |              |                                     |                      | DATA DE ADMISSÃO<br>17/03/2008 |                                |
| SECRETARIA/LOCAL<br>15.01.04 DEPARTAMENTO DE SEGURANCA |              |                                     |                      | COMPETÊNCIA<br>09/2009         |                                |
| VENC. BASE<br>888,60                                   | DEP. IR<br>3 | DEP. SF<br>3                        | BANCO PAGTO.<br>0033 | AGÊNCIA<br>02252               | CONTA BANCÁRIA<br>000010015493 |
| REGIME DE TRABALHO<br>01-EST                           |              | NÍVEL SALARIAL<br>S14A-NOV-I -14 -A |                      |                                | SALÁRIO<br>1.268,92            |

| VERBA           | HISTÓRICO                      | HS/DIA/%      | VENCIMENTO        | DESCONTOS       |
|-----------------|--------------------------------|---------------|-------------------|-----------------|
| 001             | SALARIO BASE                   | 30,00         | 888,60            |                 |
| 012             | GRAT. REG. ESPECIAL TRABALHO   | 40,00         | 355,44            |                 |
| 035             | ANUENIO                        | 2,00          | 24,88             |                 |
| 066             | HORA EXTRA 100% MES ANTERIOR   | 18,00         | 228,24            |                 |
| 248             | DIF. EVENTOS ANTECIPADOS 07/09 |               | 30,36             |                 |
| 257             | REFLEXO DSR MES ANTERIOR       |               | 45,65             |                 |
| 275             | REFLEXO DE D.S.R.              |               | 6,05              |                 |
| 419             | ASSOCIACAO GUARDA MUNICIPAL    |               |                   | 19,00           |
| 423             | CONVENIO ASSOCIADO             |               |                   | 216,00          |
| 426             | ASSOC.FUNC.PUB.MUN. RIO CLARO  |               |                   | 5,00            |
| 427             | SOCIOS SINDICATOS TR PMRC      | 1,50          |                   | 13,33           |
| 434             | SEGURO DE VIDA GRUPO VERTCO    |               |                   | 29,16           |
| 442             | CONSIGNACAO SINCRD             |               |                   | 117,55          |
| 458             | DESC. ADTO PAGAMENTO SALARIO   |               |                   | 273,89          |
| 883             | I.P.R.C.                       | 11,00         |                   | 139,58          |
| BASE INSS/ASEMB |                                | BASE IRRF     | TOT. VENCIMENTOS  | TOTAL DESCONTOS |
| 1.268,92        |                                | 1.007,04      | 1.579,22          | 813,51          |
| BASE FGTS       |                                | DEPÓSITO FGTS | TOTAIS            |                 |
|                 |                                |               | LÍQUIDO A RECEBER | 765,71          |
| MENSAGENS       |                                |               |                   |                 |





# Prefeitura Municipal de Rio Claro - SP

Diretoria de Gestão de Pessoas

## DECLARAÇÃO:

Declaramos para os devidos que o Sr. CLAUDEMIR SOARES LIMA, foi admitido pela Prefeitura Municipal de Rio Claro em 17-03-2008, através de Concurso Público na função de GUARDA MUNICIPAL. Trabalhou até o dia 25-09-2009, e em 26-09-2009 afastou-se por 15 dias pela empresa, em 11-10-2009 foi encaminhado para o IPRC, onde encontrou-se afastado para tratamento médico até 20-10-2009.

Rio Claro 04 de NOVEMBRO de 2009.

*Daniela Pabor*  
**Daniela Pabor**  
Chefe de Divisão de RH



**CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DE RIO CLARO**  
VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - VISAT

**RAAT – Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho**

(Ler atentamente as orientações no verso)

|                                                                                                                                                                       |                                                                    |  |                                                           |                                |                                                                                         |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| T<br>R<br>A<br>B<br>A<br>L<br>H<br>A<br>D<br>O<br>R                                                                                                                   | 1. Unidade<br><b>PSM</b>                                           |  | 2. Data<br><b>26/09/2009</b>                              |                                | 3. Tipo de RAAT<br><input checked="" type="checkbox"/> 1-Inicial 2- Reabertura 3- Óbito |                         |
|                                                                                                                                                                       | 4. Nome<br><b>Claudemir Soares Almeida</b>                         |  | 5. Nome da Mãe<br><b>Leide da Silva Almeida</b>           |                                |                                                                                         |                         |
|                                                                                                                                                                       | 6. Data de Nasc.<br><b>03/05/76</b>                                |  | 7. Sexo<br><input checked="" type="checkbox"/> 1- M 2- F  |                                | 8. Carteira de Identidade<br><b>29560076-1</b>                                          |                         |
|                                                                                                                                                                       | 9. Data de Emissão<br><b>1/1/1</b>                                 |  | 10. Órgão Exp.<br><b>1/1/1</b>                            |                                |                                                                                         |                         |
|                                                                                                                                                                       | 11. Endereço (Rua, Avenida, Número, Complemento)<br><b>Rua S</b>   |  |                                                           | Bairro<br><b>St. Portuense</b> |                                                                                         | CEP<br><b>13080-000</b> |
|                                                                                                                                                                       | 12. Município<br><b>Rio Claro</b>                                  |  | 13. UF<br><b>SP</b>                                       |                                | 14. Telefone<br><b>96947978</b>                                                         |                         |
|                                                                                                                                                                       | 15. Ocupação<br><b>Guarda Municipal</b>                            |  | 16. Local de Trabalho<br><b>MD Public Pr. 23 - Rua 12</b> |                                | 17. Endereço do Trabalho                                                                |                         |
|                                                                                                                                                                       | 18. Área<br><input checked="" type="checkbox"/> 1- Urbana 2- Rural |  | 19. Município<br><b>Rio Claro</b>                         |                                | 20. UF<br><b>SP</b>                                                                     |                         |
| 21. Regime de Trabalho<br><input checked="" type="checkbox"/> 1- CLT 2- Empregado sem registro 3- Autônomo 4- Aposentado 5- Desempregado 6- Outros <b>estatutário</b> |                                                                    |  |                                                           |                                |                                                                                         |                         |

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                               |  |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| A<br>C<br>I<br>D<br>E<br>N<br>T<br>E | 22. Motivo do Atendimento<br><input type="checkbox"/> Doença Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho                                                                                                                           |  | 1- Típico 2- Trajeto                                                                          |  |
|                                      | 23. Data do Acidente<br><b>26/09/09</b>                                                                                                                                                                                                                     |  | 24. Horas<br><b>04:15h</b>                                                                    |  |
|                                      | 25. Afastamento                                                                                                                                                                                                                                             |  | 26. Último dia trabalhado<br><b>26/09/09</b>                                                  |  |
|                                      | 27. Local do Acidente<br><b>Rua 8</b>                                                                                                                                                                                                                       |  | 28. Registro Policial<br><input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |  |
|                                      | 29. Agente Causador<br><input checked="" type="checkbox"/> Agente Físico <input type="checkbox"/> Agente Mecânico<br><input type="checkbox"/> Agente Químico <input type="checkbox"/> Fatores Ergonômicos<br><input type="checkbox"/> Fatores Psicossociais |  |                                                                                               |  |
|                                      | 30. Descrição do Acidente<br><b>(SIC) e murro por perseguição em suspiros de noção e toque e tombo</b>                                                                                                                                                      |  |                                                                                               |  |
| Assinatura e Carimbo COREN           |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                               |  |

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                        |  |                                        |  |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|
| L<br>A<br>U<br>D<br>O<br>M<br>É<br>D<br>I<br>C<br>O | 31. Parte do Corpo Atingida<br><b>torso esquerdo</b>                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 32. Internação<br><input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |  | 33. Afastamento/Dias<br><b>45 dias</b> |  |
|                                                     | 34. Descrição e Natureza da Lesão<br><b>fratura torço fcl</b>                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                        |  |                                        |  |
|                                                     | 35. Diagnóstico Provável<br><b>fratura torço fcl</b>                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                        |  |                                        |  |
|                                                     | 36. CID 10<br><b>S83.4</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                        |  |                                        |  |
|                                                     | 37. Observações<br><b>lesão com fratura completa e agente mecânico lesão com fratura completa e agente mecânico</b>                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                        |  |                                        |  |
|                                                     | 38. Resolução<br><input checked="" type="checkbox"/> 1- Caso resolvido no PA, UBS ou Equipamento de Saúde<br><input type="checkbox"/> 2- Caso resolvido no CRST (alta: <b>Ortopedia</b> )<br><input type="checkbox"/> 3- Encaminhamento: Especialidade<br><input type="checkbox"/> 4- Internação – Hospital |  |                                                                                        |  |                                        |  |
|                                                     | Data de entrada: <b>26.9.9</b> Saída: <b>26.9.9</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                        |  |                                        |  |
|                                                     | Local / Data de Atendimento Assinatura e Carimbo com CRM                                                                                                                                                               |  |                                                                                        |  |                                        |  |



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

FUNDAÇÃO / SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO - SP  
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO

**PRONTO SOCORRO MUNICIPAL**  
**ENCAMINHAMENTO**  
**SETOR ORTOPEDIA / AMBULATÓRIO CRÔNICOS**

Nome do Paciente:

Cláudio José  
Russo

Idade:

31 A

DIAGNÓSTICO:

da torção

Realização de RX:

☒ SIM

☐ NÃO

Se realizado o paciente deverá levar o RX no dia da consulta, retirar o exame 02 dias úteis após a sua realização. (No próprio RX das 16:00 às 17:00 horas de 2ª à 6ª feira)

Descrição do Atendimento:

Interno de torção (1)  
4 dor no dorso.

Local de Atendimento:

RUA 10 Nº 152 - CEAD - FONE: (19) 3524-1463

Horário para o agendamento: 2ª à 6ª feira das 07:00 às 17:30 horas.

Data:

16/10/04

Profissional:

Dr. S. A. S. S. S.  
Assinatura e Carimbo



SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL  
FICHA DE REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA (SADT)



PSM  
RIO CLARO

Nº de ordem

858

I - Unidade Requisitante

Cód. Unidade

Identificação do Paciente

Nome

Claudemir Soares Lima

Prontuário

2034441

RG

CNS

898001254394009

D.N.

03/05/78

Sexo

M

Endereço

Rua 5, 3446

Bairro

pt. Portugal

Município

R. E.

Código

Hipótese Diagnóstica

Lúmen femoral

Código CID

T-13

SADT Solicitado - Descrição

FISIOTERAPIA

Cód. SIA/SUS

Cód. SIA/SUS

Cód. SIA/SUS

Data da Solicitação

16/10/09

AUTORIZADO - CEAD

Joice de Lima Costa  
Central de Vagas

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável pela Solicitação

Assinatura e Carimbo

II - Unidade Prestadora

Nome

CEFIS

Cód. Unidade

Endereço

Av. 19 C/ rua 1

Município

Data da Realização

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável pela Unidade Prestadora

Assinatura e Carimbo

061 00089 048-01

Claudemir Soares Lima

MATRÍCULA SMS 18 MATRÍCULA ATEND. EMERG. 18955 DATA ATENDIMENTO 26.09.09 HORA ATENDIMENTO 05:05 ESPEC. DENOMINAÇÃO 31a IDENTIF. ATENDENTE Q Cód. PSI CID

NOME DO PACIENTE Claudemir Soares Lima CARTÃO SUS

DOCUMENTO (RG) 51202 UF SP SEQ 03.05.78 COR br SEXO masc TELEFONE 96947978

ENDEREÇO RESIDENCIAL - AV., RUA, TRAVESSA RUA 05 NÚMERO 3446 COMPLEMENTO

BAIRRO P. Portugal ZONA CEP CIDADE R.C. Cód. Mun. UF

NOME DA MÃE Joice da Silva Lima NOME DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHADO POR esp. ACIDENTE DE TRABALHO OC. POLICIAL PMRC

ATOS MÉDICOS REALIZADOS (ANOTAR A QUANTIDADE)

- 040-0 CONSULTA SIMPLES  
041-8 CONSULTA COM MEDICAÇÃO  
080-9 CONSULTA ORTOPÉDICA  
042-6 ATENDIMENTO COM OBSERVAÇÃO (MENOS DE 12 H)  
046-9 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA  
050-7 SUTURA SIMPLES  
DRENAGEM ABSCESSO  
MIÁSE  
EXERESE DE UNHA
- 055-8 FLEBOTOMIA / INTRACATH  
057-4 PROCEDIMENTO OFTALMOLÓGICO  
058-2 PROCEDIMENTO ORL  
804-4 CARDIOVERSÃO  
822-2 TERAPIA EM UROLOGIA (SONDAGEM VESICAL)  
059-0 PROCEDIMENTO OU PEQUENA CIRURGIA DO TÓRAX
- ACIDENTE
- Nº PACIENTE 24189

OUTROS PROCEDIMENTOS (ANOTAR O CÓDIGO E DISCRIMINAR) RX DATA 26/09/09

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM  
(ANOTAR A QUANTIDADE)

- INJEÇÕES IM E EV  
CURATIVO  
INALAÇÃO
- MEDICAÇÃO VO  
SONDAGEM VESICAL  
RETIRAR PONTOS
- 013-2 ANATOX TETÂNICO  
021-3 VACINA ANTIRÁBICA

QUEIXA PRINCIPAL Dor no tórax e dificuldade para respirar

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO ATENDIMENTO  
Paciente masculino, 45 anos, com dor no tórax e dificuldade para respirar há alguns dias. Relata que a dor é pior à noite e piora com a respiração profunda. Não há febre, tosse ou expectoração. Histórico de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Em uso de medicação para hipertensão e diabetes. Foi encaminhado ao Pronto Socorro por indicação do médico de família.

Confere com Original  
Fundação Municipal de Saúde  
Rio Claro 16.10.09

em anexo  
16/10/09

DIAGNÓSTICO Insuficiência cardíaca

ENCAMINHADO PARA NOME DO ENFERMEIRO

| DIA      | HORA | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | TEMPERATURA | OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM                                                                                                                                              | ASSINATURA                                 |
|----------|------|------------------|-------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 16/10/09 |      |                  |       |             | Intens oclusão / desconforto<br>baixo abdominal / gases<br>total opressão ocular da base<br>c) FST / orientados + glic<br>inconforto 00 (00)<br>pi agudamente de core. | Dr. Silvio Carvalho<br>Médico<br>CRM 93181 |

| DIA | HORA | PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                     | HORA | EXAMES          | ASSINATURA |
|-----|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|------------|
|     |      | <p>1) Dexam. 10</p> <p>2) VOI 12mg - 14g (2x)</p> <p>3) 1mg + 1mg</p> <p>4) 1g de Tilmol 1000</p> <p>5) 1g de 1.º de 1.º de 7.º</p> <p>6) 1g de 1.º de 1.º de 7.º</p> |      | 05558<br>Angela |            |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ORTOPEDIA

|          |                        |  |
|----------|------------------------|--|
| 27/09/09 | Intensa de torção (1)  |  |
| Obs      | a edema baixo          |  |
| Rx       | o curar feto low       |  |
| c)       | imobilização n. gorda  |  |
|          | velham (Im) opaco 2999 |  |
|          | reparar feto low.      |  |

Dr. S. de Jesus  
Médico  
CRM 93181

Dr. Silvio Carvalho  
Médico  
CRM 93181

## RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME:

As

Sm1.

Obeto avaliao de Claudemir Joao Lima  
e avaliao de trabalho e retorno em  
segundo D para melhora.

Ruellaw, 09 outubro 2009

Dr. Valter S L Nevoeiro  
CRM 37670 CIC 017156118.02  
MTB SSMT Reg. nº 12757

A) Dr.  
CRM  
CIC

Confere com Original  
Fundação Municipal de Saúde  
Rio Claro 16.10.09.