

DOCUMENTOS PESSOAIS

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.085 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações, contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

165.36938.91-8

9463752

0040

PR

Sandra Mara Lérias Marciano



03

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



SANDRA MARA LERIAS MARCIANO

FILIAÇÃO..... ISAIAS MARCIANO

MARINES LERIAS MARCIANO

SEXO: FEMININO

NASCIMENTO..... 21/04/1984

ESTADO CIVIL..... CASADO

NATURALIDADE: LARANJEIRAS DO SUL - PR

DOCUMENTO..... C. C. 10185 LV B 26 FLS 196 - 27/10/2014 - 6º OFÍCIO -

LONDRINA - PR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1985

CPF..... 084.849.999-98

CNH.....

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE LONDRINA/PR - 04/02/2015

Melo Antônio Brandão
Supervisor Regional de Registro e Emprego no Estado do Paraná

ASSINATURA DO EMPREGADOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO.....
DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO.....
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME.....
DOCUMENTO.....
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME.....
DOCUMENTO.....
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME.....
DOCUMENTO.....
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

A - CASAMENTO | E - DIVÓRCIO | F - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEPARAÇÃO DE BENS | D - ADOÇÃO | F - AMPLIAÇÃO VOLUNTÁRIA

03

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 12.672.397-0

POLEGAR DIREITO

Sandra Mara Rodrigues

ASSINATURA DO TITULAR
CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 12.672.397-0 DATA DE EXPEDIÇÃO: 21/11/2018

NOME SANDRA MARA RODRIGUES

FILIAÇÃO ISAAS MARCIANO
MARINE S LEMAS MARCIANO

NATURALIDADE LARANJEIRAS SUL, PR DATA DE NASCIMENTO: 21/04/1994

DOC ORIGEM COMARCA-LONDRINA/PR, 1 OFICIO
C CAS-10185, LIVRO-28BAUX, FOLHA-196

CPF: 084.849.999-98

CURTIURA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR
LENY 7.116 DE 29/08/03

500-18-27693

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR SANDRA MARA RODRIGUES

DATA DE NASCIMENTO 21/04/1994

REINSCRIÇÃO 1088 5746 0620

D V

ZONA 157

SEÇÃO 0302

MUNICÍPIO UF LONDRINA/PR

DATA DE EMISSÃO 03/11/2015

JUIZ ELEITORAL
Primitivo Mendes

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Sandra Mara Rodrigues

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número 084.849.999-98


Nome SANDRA MARA RODRIGUES

Nascimento 21/04/1994

VALIDA SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Emfido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
do dia 16/11/2018 (hora e data de Brasília)
às 15:17:51 s e
digito verificador: 00

CÓDIGO DE CONTROLE
BFDC.C4A6.74C4.7694



CAIXA
POUPANÇA

5067 5067

5067 2252 3208 2612

VALIDADE 05/24

SANDRA MARA RODRIGUES

2702 013 00050980-2

elo

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

FUNARPEN

SELO DIGITAL Nº
q7i2D.qbyFe.6hnZG

Controle:

zj55E.loeP

Consulte esse selo em

<http://funarpen.com.br>

CERTIDÃO DE CASAMENTO MAICON RENAN BARBOSA SANDRA MARA RODRIGUES

Matrícula

079889 01 55 2014 3 00026 196 0010185 63

Nomes completos de solteiro, datas e locais de nascimento, nacionalidade e filiações dos cônjuges

MAICON RENAN BARBOSA RODRIGUES, nascido aos 11 de dezembro de 1997, natural de Londrina-PR, de nacionalidade brasileiro, solteiro, estudante, filho de MÁRCIO ROBERTO RODRIGUES e de ANA PAULA BARBOSA DA CRUZ, residente e domiciliado na Av. Giocondo Maturi, 1455, apto 01, em Londrina-PR ••

SANDRA MARA LERIAS MARCIANO, nascida aos 21 de abril de 1994, natural de Laranjeiras do Sul-PR, de nacionalidade brasileira, solteira, babá, filha de ISAIAS MARCIANO e de MARINES LERIAS MARCIANO, residente e domiciliada na Av. Giocondo Maturi, 1455, apto 01, em Londrina-PR ••

Data do registro do casamento (por extenso)

Vinte e sete de outubro de dois mil e quatorze ••

Dia
27

Mês
10

Ano
2014

Regime de bens do casamento

Comunhão Parcial de Bens ••

Nome que cada um dos cônjuges passou a utilizar (quando houver alteração)

MAICON RENAN BARBOSA

SANDRA MARA RODRIGUES ••

Observações / Averbações

Casamento celebrado na Comunidade Evangélica Restauração do Vaso, em Londrina-PR, na data de 20 de setembro de 2014, perante o Ministro Religioso Flavio Caetano. Custas: R\$27,47 (VRC 175,00), Selo Funarpen: R\$1,49 ••

Nome do Ofício

1º Ofício de Registro Civil e 6º Tabelionato de Notas

Oficial Registrador

Eduardo Marques de Souza Pires

Município / UF

Município e Comarca de Londrina - Estado do Paraná

Endereço

Rua Pio XII, 65 Centro

CEP: 86.020-130 - Fone: (43)3323-7743

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Londrina-PR, 27 de outubro de 2014.

Ricardo Ribeiro
Escrevente

CARTORIO PIRES
OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL 6º OFÍCIO DE NOTAS
Eduardo Marques de Souza Pires
OFICIAL
Argemiro Donadio Junior
Ricardo Ribeiro
Escreventes
Rua Pio XII, 65 - FONE (43) 3323-7743
LONDRINA PARANÁ



13. 10MLB_FU2F50R_FJ4L
válido em www.ocartorio.net



Copel Distribuição S.A.
Rua José Izidoro Brazetto, 158
81200-240 Curitiba - PR
CNPJ 04.366.898/0001-06
IE 90.233.073-99 IM 423.992-4



www.copel.com
0800 51 00 116

Unidade Consumidora

ELAINE ALVES DA SILVA SANTOS
AV GIOCONDO MATURI, 1455 - AP 102 BL06

99262584

CEP: 86081542
CPF: 06067216909

LONDRINA - PR

6
102

Vencimento
24/07/2021
Valor a Pagar
R\$ 24,54

Responsavel pela manutencao da Iluminacao Publica: Municipio 08004004343

Reaviso de Vencimento

Informações Técnicas

No. Medidor: 0410776124 - BIFASICO				Mes Referencia: 07/2021		
Leitura Anterior 07/06/2021 0	Leitura Atual 06/07/2021 69	Medido 29 dias 69 kWh	Constante de Multiplicacao 1.00	Total Faturado 69 kWh	Consumo Medio/Dia 2.38 kWh	Data Apresentacao 06/07/2021
Proxima Leitura Prevista: 05/08/2021				RESIDE/RESIDENCIAL		

Informações Suplementares

ENERGIA ELETRICA CONSUMO	Tarifas	Tensao Contratada:
	0.559810	127 / 220 volts
Limite faixa adequada de Tensao: 117 - 133 / 202 - 231 volts		

Declaração Anual de Quitacao de Debitos

Em atendimento a Lei 12.007/2009, a Copel Distribuição S. A. declara, pela presente, que as faturas de energia elétrica desta unidade consumidora e de sua responsabilidade, vencidas em 2020, encontram-se devidamente quitadas. Esta declaração substitui os comprovantes de pagamento das faturas vencidas em 2020, salvo aqueles contestados judicialmente e ou derivados de grandezas não faturadas.

Valores Faturados

NOTA FISCAL CONTA DE ENERGIA ELETRICA no. 201102378 Serie B
Emitida em 01/07/2021

Produto Descricao	Un.	Consumo	Valor Unitario	Valor Total	Base de Calculo	Aliq. ICMS
01 ENERGIA ELETRICA CONSUMO	kWh	69	0,780434	53,85	53,85	29,00%
02 ENERGIA CONS. B. VERMELHA P2	kWh			6,97	6,97	29,00%
03 CONT ILUMIN PUBLICA MUNICIPI				3,20		
04 INEXIST.DOCUM.FAT.DESCONSOLI				-50,76		
05 SERVICO DE RELIGACAO		1	11,270000	11,27		
Base de Calculo do ICMS:	60,82	Valor ICMS:	17,63	Valor Total da Nota Fiscal:	24,64	

Reservado ao Fisco

8257.43BD.FA8B.FCCD.CF24.9DEA.5CFD.6D10

INCLUSO NA FATURA PIS R\$ 0,29 E COFINS R\$ 1,34, CONFORME RES ANEEL 130/2005.
A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados a prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações.
Agora e possível recorrer a Ouvidoria da Copel pelo Site ou Mobile.
REAJUSTE TARIFARIO: EFEITO MEDIO 9,89% A PARTIR DE 24/06 RES.ANEEL 2886/2021
DENUNCIE O FURTO DE FIOS! LIGUE 181.
Atraso superior a 45 dias sujeita inclusao no cadastro de inadimplentes CADIN/PR
Periodos Band. Tarif.: Vermelha P2:06/06-06/07

Vencimento: 24/07/2021

Valor a pagar: R\$ 24,54

Controle 01-20211705626206-30 Numero de identificacao 99262584 Mes 07/2021 AS [1.5.129.3]

83690000000 8 24540111000 3 00101020211 5 70562620630 8





REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nome

VICTOR LUCAS MARCIANO RODRIGUES

Matrícula

079889 01 55 2013 1 00437 405 0167729 16

Data do nascimento por extenso Vinte e seis de maio de dois mil e dez **	Dia 26	Mês 05	Ano 2010
---	-----------	-----------	-------------

Hora 10h 49min	Município do nascimento e unidade de federação Londrina-PR **
-------------------	--

Município de registro e unidade de federação Londrina-PR **	Local de nascimento Maternidade Municipal Lucilla Ballalai **	Sexo Masculino
--	--	-------------------

Filiação MAICON RENAN BARBOSA RODRIGUES ** SANDRA MARA LERIAS MARCIANO **

Avós Paternos: MARCIO ROBERTO RODRIGUES ** e ANA PAULA BARBOSA DA CRUZ ** Maternos: ISAIAS MARCIANO ** e MARINES LERIAS MARCIANO **

Gêmeo Não	Nome e Matrícula do(s) gêmeo(s) **
--------------	---

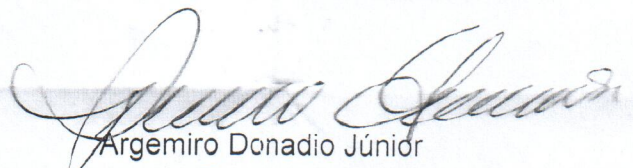
Data do registro por extenso Dez de janeiro de dois mil e treze **	Número da D.N.V 30-46969291-6
---	----------------------------------

Observações / Averbções Nada consta. Custas: Isentas (Face a Lei Federal 9.534/97). **

Nome do Ofício 1º Ofício de Registro Civil e 6º Tabelionato de Notas
Oficial Registrador Eduardo Marques de Souza Pires
Município / Comarca / UF Município e Comarca de Londrina - Estado do Paraná
Endereço Rua Pio XII, 65 Centro CEP: 86.020-130 - Fone: (43)3323-7743

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Londrina -PR, 10 de janeiro de 2013 .


Argemiro Donadio Júnior
Escrevente

Lei 13.226 de 19/07/2001

SELO FUNARPEN

ISENTO DE REGISTRO CIVIL ATU GRATUITO

EBR48969

CARTÓRIO PIRES
REGISTRO CIVIL - 6º OFÍCIO DE NOTAS
Eduardo Marques de Souza Pires
OFICIAL
Argemiro Donadio Junior
Ricardo Ribeiro
ESCREVENTES

Rua Pio XII, 65
LONDRINA

Fone: (43) 3323-7743
PARANÁ



TP_U48T0_7FPAX17SX_SCN
valide em www.ocartorio.net

Criança da

Nome da Criança: *Diglen Marcos Marcos Rodrygu*
 Nome: *Diglen Marcos Marcos*
 Nome da Mãe: *Luciana Maria Soares Rodrygu*
 Endereço: *Rua ...*

Cidade/Estado: *LOMAMA PR* CEP: *84234579*
 Nome do Pai: *...* Local de Nascimento: *...*
 Data de Nascimento: *20/05/10* Hora: *10:49*
 Sexo: *M* Masculino Feminino
 Estado Civil: *C* Casado Solteiro Viúvo Divorciado

<p>Quando</p> <p>A vacina contra a BCG deve ser aplicada nos primeiros dias de vida.</p>	<p>A vacina contra a Hepatite B é aplicada em três doses. A primeira, a partir do nascimento, a segunda, um mês após a primeira dose e a terceira, cinco meses após a segunda dose.</p>
<p>Como</p> <p>A vacina contra a BCG deve ser aplicada nos primeiros dias de vida.</p>	<p>1ª dose - aos dois meses de idade. 2ª dose - dois meses após a primeira dose. 2ª dose - dois meses após a segunda dose. Reforço - um ano após a terceira dose.</p>
<p>Contra Hepatite B - protege contra a Hepatite B.</p> <p>Contra poliomielite oral - protege contra a Paralisia Infantil.</p> <p>Tetraçaval - protege contra infecções por Haemophilus b, Difteria, Tétano e Coqueluche.</p> <p>Tríplice Viral - protege contra a Coqueluche, Rubéola e Sarampo.</p> <p>Febre Amarela - protege contra a febre amarela.</p> <p>DTP - protege contra a Difteria (crupe), Tétano e Coqueluche (tosse comprida).</p> <p>Duplo - protege contra a Difteria (crupe) e o Tétano.</p>	<p>A vacina tetravalente é aplicada normalmente em três doses para crianças menores de 1 ano, iniciando aos 7 meses de idade com intervalo de dois meses entre as doses.</p> <p>A vacina Tríplice Viral deve ser aplicada a partir dos 12 meses de idade. Reforço aos 4 anos de idade.</p> <p>A vacina contra febre amarela é aplicada normalmente a partir de 1 ano de idade com reforço a cada 10 anos.</p> <p>1º Reforço - um ano após a terceira dose de tetravalente. 2º Reforço - aos 4 anos de idade.</p> <p>A vacina Duplo é feita na idade escolar, a partir dos sete anos. O número de doses vai depender do esquema da Tríplice (DTP) estar completo ou não.</p>

Hepatite B			Tríplice Viral	Febre Amarela	Anti Pneumocócica	Influenza (contra Gripe)	Influ (contra
1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose					
						19 de 2011 Lote: 210241 Lab: Biotekton V: [assinatura] CNES 770456	

Dupla Bacteriana (dT)				Reforço	HPV Pêlos	22 doses	14 de 2011	14 de 2011
1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose						
					14 de 2011 Lote: 100170 Lab: Biotekton V: [assinatura] CNES 770456			14 de 2011 Lote: 1005340 Lab: Biotekton V: [assinatura] CNES 770456

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	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
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

VACINAS OBRIGATORIAS

BCG	Contra Hepatite B	Vacina contra Poliomielite Oral	Tetravalente	Tríplice Viral	Contra Febre Amarela	Dupla Bacteriana	DTP/Outros
2705/10 Lote: 090200 Val: 01-2011 Lab: Biotekton EAS: 257789	2610/10 Lote: 090200 Val: 01-2011 Lab: Biotekton EAS: 257789	2707/10 Lote: 22-A Val: 01-2011 Lab: Biotekton EAS: 2577879	2710/10 Lote: 93004 Val: 05-2011 Lab: Biotekton EAS: 2577879	01/06/11 Lote: 19 PV1066 Val: 11-11 Lab: Biotekton EAS: 257789	06/04/11 Lote: 22450182 Val: 03-2011 Lab: Biotekton EAS: 257789	07/12/11 Lote: 306482 Val: 06/2011 Lab: Biotekton EAS: 257789	27/09/10 Lote: ASP10370 Val: 12/2012 Lab: Biotekton EAS: 257789
2710/10 Vacina de Rotavírus Humano Vivo Atenuado Lote: AROLA104AA Val: 08-2010 Lab: Biotekton	02/07/10 Lote: 0908178 Val: 08-11 Lab: Biotekton EAS: 257789	2709/10 Lote: 64A Val: 09-11 Lab: Biotekton EAS: 2577879	27/03/10 Lote: 93004 Val: 05-2011 Lab: Biotekton EAS: 2577879	01/08/11 Lote: 11 SV02 Val: 05-11 Lab: Biotekton EAS: 257789	17/12/11 Lote: 22450182 Val: 09/2011 Lab: Biotekton EAS: 257789	29/11/10 Lote: 317011A Val: 07-2010 Lab: Biotekton EAS: 257789	13/12/11 Lote: ASP10370 Val: 01/2013 Lab: Biotekton EAS: 257789
2710/10 Vacina de Rotavírus Humano Vivo Atenuado Lote: AROLA113BA Val: 08-2010 Lab: Biotekton	15/12/2010 Lote: 40216 Val: 10/2011 Lab: Biotekton EAS: 257789	29/11/10 Lote: 64A Val: 09-2011 Lab: Biotekton EAS: 2577879	01/06/11 Lote: 102V20C Val: 07-2012 Lab: Biotekton EAS: 257789	12/16/11 Lote: 47053 Val: 05-11 Lab: Biotekton EAS: 257789	01/04/11 Lote: F004 Lab: Biotekton EAS: 257789	17/02/11 Lote: 2ASE67A Val: 13/2012 Lab: Biotekton EAS: 257789	17/02/11 Lote: ASP10370 Val: 02/2013 Lab: Biotekton EAS: 257789
2710/10 Lote: 06119 Lab: Biotekton EAS: 257789	17/12/11 Lote: 214 Val: 05/2011 Lab: Biotekton EAS: 257789	03/12/11 Lote: 100281 Val: 08-2012 Lab: Biotekton EAS: 257789	16/06/12 Lote: 1007192 Val: Ceni Lab: Biotekton EAS: 257789	01/06/13 Lote: 2573634 Val: 01/13 Lab: Biotekton EAS: 257789	16/12/11 Lote: 22450182 Val: 05-2013 Lab: Biotekton EAS: 257789	17/02/11 Lote: ASP10370 Val: 02/2013 Lab: Biotekton EAS: 257789	17/02/11 Lote: ASP10370 Val: 02/2013 Lab: Biotekton EAS: 257789





**Ministério da Fazenda
Receita Federal**



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

144.171.129-59

Nome

VICTOR LUCAS MARCIANO RODRIGUES

Nascimento

26/05/2010

FUNARPEN



SELO DIGITAL
pJGMj.kYMCE.IvLCW
YYHsO.djKUF
<https://www.funarpen.com.br>



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nome

ANA CLARA MARCIANO RODRIGUES

CPF: 156.246.679-81 **

Matrícula

079889 01 55 2020 1 00491 278 0200002 16

Data do nascimento por extenso

Sete de julho de dois mil e vinte **

Dia
07

Mês
07

Ano
2020

Hora
22h 00min

Naturalidade
Londrina-PR **

Município de registro e unidade de federação
Londrina-PR **

Local, Município de Nascimento e UF

Maternidade Municipal
Londrina-PR **

Lucilla Ballalai,

Sexo
Feminino

Filiação

MAICON RENAN BARBOSA RODRIGUES e SANDRA MARA RODRIGUES, ele natural de Londrina/PR, ela natural de Laranjeiras do Sul/PR, residentes à Av. Giocondo Maturi, 1455, Bloco 06, AP 01, Jardim Maria Celina em Londrina/PR **

Avós

MÁRCIO ROBERTO RODRIGUES, ANA PAULA BARBOSA DA CRUZ, ISAIAS MARCIANO E MARINES LERIAS MARCIANO **

Gêmeo
Não

Nome e Matrícula do(s) gêmeo(s)
----- **

Data do registro por extenso

Treze de julho de dois mil e vinte **

Número da D.N.V
30-81787450-1

OBSERVAÇÃO/ANOTAÇÕES A ACRESCER

Nada Consta. Emolumentos: Isentas (Face a Lei Federal 9.534/97). **

Anotações de cadastro

Nada consta. **

Nome do Ofício

1º Ofício de Registro Civil e 6º Tabelionato de Notas

Oficial Registrador

Eduardo Marques de Souza Pires

Município e Comarca / UF

Município e Comarca de Londrina - Estado do Paraná

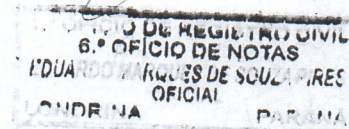
Endereço

Rua Pio XII, 65 Centro
CEP: 86.020-380 - Fone: (43)3323-7743

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Londrina-PR, 13 de julho de 2020.

Eduardo Marques de Souza Pires
Titular



RC 00372297 RDD
FUNARPEN

DIREITOS E GARANTIAS SOCIAIS

Identificação da Criança

Nome: Ana Clara Marques Rodrigues

Data de nascimento: 07/07/2020 H=22:06

Número do Registro Civil de Nascimento (RCN): _____

Nc	
Mi	CARTERA VACINA REC-0071
Re	Nome: SANDRA MAKA RODRIGUES
(
En	Endereço: RUA GIOCONDO MARIANI Nº1428
Nº	Bairro: VISTA BELA LOJINHA DE C/OP 530340
CE	Fone: Fone: (51) 3333-3333
Lo	Endereço: RUA JOÃO GABRIEL Nº 1428
Cc	Bairro: VISTA BELA LOJINHA DE C/OP 530340

Cor: Branca () Negra () Amarela () Parda () Indígena. Outra: _____

Especificidades sociais, étnicas ou culturais da família:

- () Família cigana () Família quilombola () Família ribeirinha
 - () Família em situação de rua () Família indígena residente em aldeia/reserva
- Especifique o povo/etnia: _____
- () Outras: _____

Nº da Declaração de Nascido Vivo (DNV): _____

Nº do Cartão do SUS: 702 1037 5971 0253

Estratégia Saúde da Família (ESF): Não () Sim. Qual: _____

Unidade Básica de Saúde (UBS): Pedreira

Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de referência: _____

Serviço de Saúde: _____

Possui plano de saúde? Não () Sim. Qual: _____ nº _____

IMPORTANTE!

Para facilitar o acesso à saúde, à assistência social e à educação de qualidade, é importante que algumas informações estejam registradas. Para iniciar o atendimento nos serviços, será necessário realizar um cadastro. Fique atento e verifique se o profissional que atendeu sua filha preencheu as informações indicadas a seguir:

281664100Rn/27 e w 7E

Anote aqui as mudanças de endereço da família

Novo endereço

Rua/Av.: Esplanada Maruri nº 1455

Complemento: 312 Apto Bairro: Vista Bela CEP: _____

Município: _____ Estado: PR

Localização do domicílio: () Urbana () Rural () Outra: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel. (P) 996 719031 E-mail: _____

Sua filha é acompanhada por: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência de Assistência Social: _____

Novo endereço

Rua/Av.: _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: () Urbana () Rural () Outra: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel. () _____ E-mail: _____

Sua filha é acompanhada por: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência de Assistência Social: _____

Novo endereço

Rua/Av.: _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: () Urbana () Rural () Outra: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel. () _____ E-mail: _____

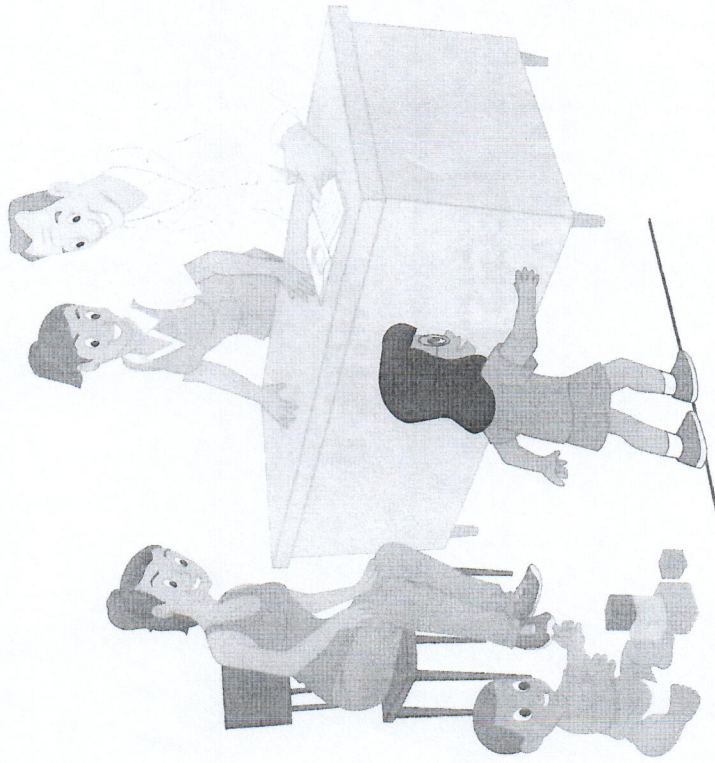
Sua filha é acompanhada por: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA E CONSULTAS RECOMENDADAS



Nas páginas a seguir haverá quadros e tabelas que devem ser preenchidos com informações sobre a saúde da sua filha. É nelas que serão registrados o peso, a altura, a vacina e o desenvolvimento, por exemplo. Levar essas informações para casa é um direito seu.

Profissionais e trabalhadores de saúde! As páginas seguintes deverão ser preenchidas nos momentos de contato com a criança e seus familiares. Não se esqueçam de preenchê-las!

As informações sobre o pré-natal e o parto **devem** ser preenchidas nos locais onde foram prestadas essas assistências e são fundamentais para a vigilância da saúde integral da criança, com destaque para o seu desenvolvimento.

Equipe de Atenção Básica! O preenchimento da CADERNETA permite que os familiares e cuidadores se apropriem das informações sobre a saúde da criança. Aproveite esta oportunidade para conversar com as famílias e envolvê-las no processo de cuidado!

Gravidez planejada? () Não () Sim
 Fez pré-natal? () Não () Sim

Número de consultas: 15 Início consultas no trimestre: () 1º () 2º () 3º

Tipo de gravidez: () Única () Múltipla

Gravidez de risco: () Não () Sim. Qual?

Sorologias realizadas no pré-natal para os agravos (CID-10)

Agravos	1º trimestre			2º trimestre			3º trimestre			Vacinas no pré-natal		
	NR	N	ALT	NR	N	ALT	NR	N	ALT	DPTa	SIM	NÃO
A53	()	(<input checked="" type="checkbox"/>)	()	()	()	()	()	()	()	DPTa	(<input checked="" type="checkbox"/>)	()
Z21	()	(<input checked="" type="checkbox"/>)	()	()	()	()	()	()	()	Influenza	(<input checked="" type="checkbox"/>)	()
B18	()	(<input checked="" type="checkbox"/>)	()	()	()	()	()	()	()	Hepatite B	(<input checked="" type="checkbox"/>)	()
B58	()	(<input checked="" type="checkbox"/>)	()	()	()	()	()	()	()		(<input checked="" type="checkbox"/>)	()
Zika	(<input checked="" type="checkbox"/>)	()	()	()	()	()	()	()	()		(<input checked="" type="checkbox"/>)	()

Parto em: () Hospital () Centro de parto normal () Domicílio () Outro:

Tipo de parto: () Vaginal () Cesárea. Motivo: DCP

Acompanhantes no parto/nascimento: () Não () Sim

Contato pele a pele: () Não () Sim. Mamou na primeira hora de vida? () Não () Sim

Apgar 1º min: 01 5º min: 0 Clampeamento oportuno do cordão umbilical: () Não () Sim

IG: 38 Semanas e 4 dias () DUM () USG () Exame RN. Qual?

Peso: 3040 g Comprimento: 47 cm PC: 33 cm Adequação peso/G: () AIG () PIG () GIG

Reanimação neonatal: () Não () Sim. RN assistido no parto por: pediatra

Tipo sanguíneo e Coombs: Mãe O- CI + Bebé O- CD +

Prevenção: Oftálmica () Não () Sim. Hemorrágica (vit. K): () Não () Sim

Internação: () Não () Sim. Onde? () Utm dias () Ucinco dias () Ucinca dias

Motivo da internação: Bradicardia

Anotar com base no relatório de alta os problemas que o bebê apresentou, diagnósticos, tratamentos realizados e recomendações após a alta.

PN com bradicardia sinusal, cãibras de pila cardiopulmonar e icterícia

Data da alta: 7/1/ / 2015 Peso na alta: 3040 g Comprimento: 47 cm

Triagens Neonatais

Esta consulta deve ser realizada nos primeiros sete dias de vida por médico ou enfermeiro, no domicílio ou na unidade de saúde.

1. Triagem neonatal

a. Teste do reflexo vermelho - Teste do olhinho

Deve ser realizado antes da alta da maternidade.

() Não realizado () Realizado em 21/7/2020

Olho Direito: (X) Normal () Alterado

Olho Esquerdo: (X) Normal () Alterado

Observação/Encaminhamento:

b. Triagem de cardiopatia congênita crítica

Oximetria de pulso - Teste do coraçãozinho

Realizado na maternidade após 24h de vida

() Não realizado () Realizado em: ___/___/___

Resultado: () Normal () Alterado

Observação/Encaminhamento:

c. Triagem auditiva - Teste da orelhinha

Deve ser realizada na maternidade entre 24 e 48h depois do nascimento e no máximo, durante o 1º mês de vida

() Não realizado (X) Realizado em: 21/7/2020

Testes: (X) Emissão Otoacústica Evocada

() Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico

Ouvido direito: (X) Normal () Alterado

Ouvido esquerdo: (X) Normal () Alterado

Conduta: Juliana Jandre Melo

CRF nº 1.17124

d. Triagem biológica - Teste do pezinho

Idealmente realizado entre o 3º e 5º dia

() Não realizado (X) Realizado em: 21/7/2020

Consulta da 1ª Semana Data 21/7/2020

Esta consulta deve ser realizada nos primeiros sete dias de vida por médico ou enfermeiro, no domicílio ou na unidade de saúde.

1. Medidas: PC* 35 cm Peso* 3490 g Comprimento* 51 cm

*Anotar nos gráficos para Prematuros pag. 85 e para criança a termo pag. 86 a 89.

2. Aleitamento/alimentação

(X) Leite materno exclusivo (LME)

() Leite materno e leite artificial (LM+LA)

() Leite artificial (LA)

Dificuldade para amamentar? (X) Não () Sim

Parou de amamentar? (X) Não () Sim

Com que idade? (X) Não () Sim

Em caso de desmame precoce descreva o motivo:

4. Vacinas

Registrar no quadro pag.100

Hepatite B () Não (X) Sim

BCG () Não (X) Sim

5. Desenvolvimento e laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Observar se a mãe aproveitou o momento da mamada/alimentação para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê.

Consulta do 1º Mês Data 03/9/2020

Esta consulta deve ser realizada nos primeiros 1º mês de vida por médico ou enfermeiro, no domicílio ou na unidade de saúde.

1. Medidas: PC* 57 cm Peso* 4960 g Comprimento* 57 cm

*Anotar nos gráficos para Prematuros pag. 85 e para criança a termo pag. 86 a 89.

2. Triagem neonatal - Testes

Deve ser realizado antes da alta da maternidade.

() Não realizado (X) Realizado em: 03/9/2020

Testes: (X) Exame auditivo

(X) Reflexo olho vermelho

(X) Coraçãozinho

Observação/Encaminhamento:

3. Aleitamento/alimentação

(X) Leite materno exclusivo

() Leite materno e leite artificial

() Leite artificial

Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? () Não () Sim

Em caso de desmame precoce descreva o motivo:

5. Exame ocular

Abertura ocular normal () Não (X) Sim

Pupilas normais () Não (X) Sim

Estrabismo (X) Não () Sim

Segue com o olhar () Não (X) Sim

6. Desenvolvimento

Observação da interação mãe-filha

9. Avalie a presença dos marcos na pag. 77 e classifique pelo instrumento da pag. 76

Adequado para idade (X)

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações:

9. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Investigar depressão materna. Observar se a mãe aproveitou o momento da mamada para aconchegar e conversar com o bebê.

8. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Tempo de sono em 24 horas

Posição no sono quando deitado no berço:

De barriga para cima?

Funcionamento do intestino e cólicas

Higiene e cuidados gerais boa

Sinais de violência/negligências nao

Acidentes domésticos

(X) Não () Sim

AB CER SSA SSE

Encaminhado

4. Sinais de alerta

Secreção nasal

Cólica/Engasgos

Diarreia/Constipação

Vômitos/Golfadas

Dificuldades para respirar

(FR>60 ou <30)

Febre (≥37,5°C)

Hipotermia (<36,5°C)

Convulsões ou movimentos anormais

Outros:

6. Verificações importantes

Vacinas de acordo com o calendário () Não (X) Sim

57

A criança merece cuidado especial em caso de extrema pobreza, de residir em área de risco, ter deficiência, ter nascido com peso menor que 2.500g, ter nascido com menos de 37 semanas, ter sofrido asfixia grave, ter apresentado Apgar menor que 7 no 5º minuto, ou por ser filho de mãe adolescente, usuária de drogas, com depressão, entre outros.

Consulta do 2º Mês Data 5/10/20

1. Medidas: PC*: 2850 cm Peso*: 5780 g Comprimento*: 59 cm

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 85 e para criança a termo pág. 86 a 89.

2. Aleitamento/alimentação

- Leite materno exclusivo
 - Leite materno e leite artificial
 - Leite artificial
- Dificuldade para amamentar? Não () Sim

3. Sinais de alerta

- Secreção nasal Não () Sim
- Cólica/Engasgos Não () Sim
- Diarreia/Constipação Não () Sim
- Vômitos/Golfadas Não () Sim

Dificuldades para respirar

- (FR>50 ou <30) Não () Sim
- Febre ($\geq 37,5^\circ\text{C}$) Não () Sim
- Hipotermia ($< 36,5^\circ\text{C}$) Não () Sim

Convulsões ou

- movimentos anormais Não () Sim
- Criptorquidia Não () Sim

Outros:

4. Exame ocular

- Globo ocular de tamanho normal () Não () Sim
- Pupilas normais () Não () Sim
- Estrabismo Não () Sim
- Secreção ocular Não () Sim

6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

- Posição no sono variação
- Tempo de sono bom
- Troca de posição durante o dia nao

- Funcionamento do intestino e cólicas nao
- Higiene e cuidados gerais nao
- Orientações sobre saúde bucal do bebê: higiene bucal, uso de chupeta ou bico nao
- Uso de soro fisiológico nasal nao
- Acidentes domésticos nao
- Sinais de violências/negligências () Não () Sim

8. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Apoiar os cuidadores na estimulação do bebê. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê.

tem laço afetivo, mandando tudo

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas nestes primeiros meses. Fique atento aos riscos.

Consulta do 4º Mês Data 12/11/20

1. Medidas: PC*: 40 cm Peso*: 6400 g Comprimento*: 59,6 cm

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 85 e para criança a termo pág. 86 a 89.

2. Aleitamento/alimentação

- Leite materno exclusivo
 - Leite materno e leite artificial
 - Leite artificial
- Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

3. Sinais de alerta

- Secreção nasal () Não () Sim
- Cólica/Engasgos () Não () Sim
- Diarreia/Constipação () Não () Sim
- Vômitos/Golfadas () Não () Sim

Dificuldades para respirar

- (FR>50 ou <30) () Não () Sim
- Febre ($\geq 37,5^\circ\text{C}$) () Não () Sim
- Hipotermia ($< 36,5^\circ\text{C}$) () Não () Sim

Convulsões ou

- movimentos anormais () Não () Sim
- Hérmia inguinal/umbilical () Não () Sim

Outros:

4. Exame ocular

- Globo ocular de tamanho normal () Não () Sim
- Pupilas normais () Não () Sim
- Estrabismo () Não () Sim
- Secreção ocular () Não () Sim

5. Desenvolvimento †

Observação da interação mãe-filha nao
visual

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

6. Verificações importantes

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

7. Atenção e cuidados especiais nesta fase

- Funcionamento do intestino _____
- Higiene e cuidados gerais _____
- Adequado para idade ()
- Alerta para o desenvolvimento ()
- Provável atraso no desenvolvimento ()
- Observações: _____
- Acidentes domésticos _____
- Sinais de violências/negligências () Não () Sim

8. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Apoiar os cuidadores na estimulação do bebê. Observar se os cuidadores aproveitam os momentos da alimentação e outros para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê. Estimular as brincadeiras, canções e leituras.

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas nestes primeiros meses. Fique atento aos riscos.

Consulta do 6º Mês Data 28/01/21

1. Medidas: PC*: 40 cm Peso*: 7,180 g Comprimento*: 66,6 cm
Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 85) e para criança a termo pág. 86 a 89.

2. Aleitamento/alimentação
 () LM () LA Não () Sim
 Parou de amamentar? () Não () Sim
 Com que idade? _____

Quais alimentos foram introduzidos? frutas, sucos, biscoitos

Quantas porções de fruta/dia? 3

Recebe algum tipo de alimento industrializado?
 Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento †
 † Avalie a presença dos marcos na pág. 78 e classifique pelo instrumento da pág. 76

Adequado para idade Não () Sim
 Alerta para o desenvolvimento () Não () Sim
 Provável atraso no desenvolvimento () Não () Sim
 Observações: _____

6. Laços de afeto
 Sinais de violências/negligências _____

Consulta do 9º Mês Data _____

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm
Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 85), peso para idade** (pág. 87), comprimento para idade*** (pág. 88) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação
 () LM () LA _____
 Parou de amamentar? () Não () Sim
 Com que idade? _____

O que a criança está comendo? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____
 Recebe algum tipo de alimento industrializado?
 () Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento †
 † Avalie a presença dos marcos na pág. 78 e classifique pelo instrumento da pág. 76

Adequado para idade () Não () Sim
 Alerta para o desenvolvimento () Não () Sim
 Provável atraso no desenvolvimento () Não () Sim
 Observações: _____

6. Laços de afeto
 Sinais de violências/negligências _____

Consulta do 12º Mês Data _____

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm
Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 86), peso para idade** (pág. 87), comprimento para idade*** (pág. 88) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação
 () LM () LA _____
 Parou de amamentar? () Não () Sim
 Com que idade? _____

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____
 Recebe algum tipo de alimento industrializado?
 () Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento †
 † Avalie a presença dos marcos na pág. 78 e classifique pelo instrumento da pág. 76

Adequado para idade () Não () Sim
 Alerta para o desenvolvimento () Não () Sim
 Provável atraso no desenvolvimento () Não () Sim
 Observações: _____

6. Laços de afeto
 Sinais de violências/negligências _____

Consulta do 18º Mês Data _____

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm
Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 86), peso para idade** (pág. 87), comprimento para idade*** (pág. 88) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação
 () LM () LA _____
 Parou de amamentar? () Não () Sim
 Com que idade? _____

O que a criança está comendo? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____
 Recebe algum tipo de alimento industrializado?
 () Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento †
 † Avalie a presença dos marcos na pág. 79 e classifique pelo instrumento da pág. 76

Adequado para idade () Não () Sim
 Alerta para o desenvolvimento () Não () Sim
 Provável atraso no desenvolvimento () Não () Sim
 Observações: _____

6. Laços de afeto
 Sinais de violências/negligências _____

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Até 12 meses	BCG	Hepatite B	Penta			VIP			
	Dose única	Dose ao nascer	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	
	Data: 17/02/03 Lote: 5455031 Lab. Produt: Unidade: Ass.: TSP COREN - 000165815	Data: 07/07/2003 Lote: WUX 1704 Lab. Produt: EVUAE Unidade: MMLB Ass.: Rotavírus humano	Data: 07/07/2003 Lote: B589008 Lab. Produt: Unidade: 0114 Ass.: Pneumocócica 10V (conjugada)	Data: 12/11/02 Lote: 5501907 Lab. Produt: Unidade: 06-22 Ass.: Meningocócica C (conjugada)	Data: 07/07/2003 Lote: 65V0703 Lab. Produt: Unidade: 08/12 Ass.: Febre amarela	Data: 07/07/2003 Lote: 07-21 Lab. Produt: Unidade: Ass.: Dose única	Data: 07/07/2003 Lote: 07-21 Lab. Produt: Unidade: Ass.: 1ª Dose	Data: 07/07/2003 Lote: 07-21 Lab. Produt: Unidade: Ass.: 2ª Dose	Data: 07/07/2003 Lote: 07-21 Lab. Produt: Unidade: Ass.: 3ª Dose
A partir de 12 meses	1ª Dose	2ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	Dose única	1ª Dose	
	Data: 03/02/03 Lote: 132V070 Lab. Produt: Unidade: Ass.: Pneumocócica 10V (conjugada)	Data: 12/11/02 Lote: 193V070 Lab. Produt: Unidade: 02-21 Ass.: Meningocócica C (conjugada)	Data: 03/02/03 Lote: 052V070 Lab. Produt: Unidade: Ass.: DTP	Data: 12/11/02 Lote: 182V070 Lab. Produt: Unidade: 05-22 Ass.: VOP	Data: 08/10/02 Lote: Lab. Produt: Unidade: Ass.: 1ª Reforço	Data: 15/11/2003 Lote: AMCA606 Lab. Produt: Unidade: Ass.: 1ª Reforço	Data: 07/07/2003 Lote: 07-21 Lab. Produt: Unidade: Ass.: Uma dose	Data: 19/07/2003 Lote: 207V070 Lab. Produt: Unidade: Ass.: Uma dose	
	Reforço	Reforço	1ª Reforço	1ª Reforço	1ª Reforço	1ª Reforço	Uma dose	Varicela	
	Data: 14/07/21 Lote: Lab. Produt: Unidade: Ass.: Hepatite A	Data: 14/07/21 Lote: Lab. Produt: Unidade: Ass.: Pneumocócica 23V (povos indígenas)	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / / HPV	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / / HPV	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / / HPV	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / / Influenza	Proteja a criança. Mantenha a vacinação atualizada.		

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:
Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /
Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /
Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /
Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /
Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab. Produt: / / Unidade: / / Ass.: / /

TESTE DO OLHINHO

08/10/2012

NORMAL ALTERADO
OUVIDO DAVIDOSO

OLHO D (X) ()
OLHO E (X) ()

REALIZADO POR:

Teste do Coraçãozinho

Aferição

MSD 99%

01/10/2012 MI 98%

h _____ % 11%

Normal Alterado



TESTE DA LINGUINHA

09/10/12

(X) Normal

() Alterado

Leticia H. S. M. Fávoro
Fonoaudióloga
CRFa 2.5827

Cláudia Passoni
Téc. em Saúde Bucal
CRP 155

TESTE DA ORELHINHA

09/10/12

NORMAL ALTERADO

OD - () (X)
OE - () (X)

RETORNO: N

Leticia H. S. M. Fávoro
Fonoaudióloga
CRFa 2.5827

de emendadas
16/10/12 - 9:30

Retardos

TESTE DA ORELHINHA 16/10/2012

NORMAL ALTERADO

OD (X) ()
OE (X) ()

RETORNO: /

Leticia H. S. M. Fávoro
Fonoaudióloga
CRFa 2.5827

HEPATITE B		TRIPULSE VIRAL		FEBRE AMARELA		ANTI PNEUMOCOCCICA		INFLUENZA (CONTRA GRIPE)		INFLUENZA (CONTRA GRIPE)	
1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Reforço	A H1N1	FA	DT					
27/10/2009 Cegonha	27/11/2009 Cegonha	06/05/2009 Cegonha	12/10/10 08/12/20 01/12/10 01/12/10 EAS: 2577878	24/03/20 Lote: 100202 Vet: 0114 EAS: 2577879	6/5 2014	12/05/2020					
DUPLA BACTERIANA (DT)											
1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Reforço								
14/10/2003 Cegonha	06/05/2004 Cegonha	11/07/2005 Cegonha									

CARTÃO DE VACINAÇÃO

GOVERNO DO PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

NOME: Sandra Maria Travençolo

DATA DE NASC.: 1/1/1980

ENDEREÇO: _____

CIDADE: SW ESTADO: _____

CIDADE: 108630

UNIDADE DE SAÚDE: _____

• ESTE CARTÃO É UM DOCUMENTO!
Leve-o sempre consigo, na bolsa ou na carteira.

• MANTENHA AS VACINAS SEMPRE EM DIA.

V4 - GL 20/dia

DGX TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS EIRELI
CNPJ: 20.596.423/0003-95

DGX TERCEIRIZAÇÃO LTDA. - ME.
20.596.423/0001-23