



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 UNIDADE DE SAÚDE
 FICHA INDIVIDUAL
 (CONTINUAÇÃO)

1101

Nome: Davi Alves Torres

INICIAIS	DATA DE NASCIMENTO	SEXO
	20/03/77	M
	dia	Mês
		ano

Nº do Registro

ANOTAÇÕES

DATA	CLÍNICA	MOTIVO DA CONSULTA, SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E OUTRAS
20/10/17	Dermate. kg.9	Paciente de 37 anos, morador de Santa Maria, com história de lesões de pele em mãos e pés. História de trauma com ferimentos de natureza simples e de natureza múltipla, com atendimento em nível de urgência e encaminhamento para tratamento em nível de atenção primária. História de trauma com ferimentos de natureza múltipla, com atendimento em nível de urgência e encaminhamento para tratamento em nível de atenção primária. História de trauma com ferimentos de natureza múltipla, com atendimento em nível de urgência e encaminhamento para tratamento em nível de atenção primária.
26/04/2017		Exame clínico realizado em nível de atenção primária para diagnóstico de BAHR.
11-04/2017		Paciente queixando-se de dor de dormentia em mãos e pés. "queixas e manchas não sentida dor" (sic). OBS: Resultado de Baciloscopia com I.B. = zero em anexos. Retorna hoje para diagnóstico. Mãos e pés secos e sem sensibilidade protetora. A seguir...

OBS.: DATAR E ASSINAR APÓS CADA ATENDIMENTO

Etapa; Centro em 23 de 13
 CPR Centro em 17 de 17
 TEL: 93107701





GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

UNIDADE DE SAÚDE

Hosp Dica

DIGITO TERMINAL	CRON - DALFA			SEXO	
HBDF - HSVP - HRS	INIC. NOME	DIA	MÊS	ANO	1 = M 2 = F
<i>CS 1</i>	<i>DAT</i>	<i>28</i>	<i>09</i>	<i>77</i>	<i>1</i>
NOME <i>Davi Alves Tenes</i>					

CONTROLE INDIVIDUAL DE BACILOSCOPIA

FORMA CLÍNICA: V T D I NC

TRATAMENTO

INÍCIO *25/04/17* DIGNÓSTICO CONTROLE

Lesão

L.O. Direita *x1* *0*

L.O. Esquerda *x2* *0*

Cotovelo Direito *x3* *0*

Cotovelo Esquerdo *x4* *0*

Média da Linfa *0*

OBSERVAÇÕES:

	A	B	D	E	F	G	K	L
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
	A	B	D	L	F	G	K	L

25/04/2017

DATA

Leidjany Costa Paz
N. 99153 Enfermeira
Matr. 171.465-1

ASS. DO RESP. PELA COLETA

Milisen Sachdoljak
Farm. Esp. - CRP DF 3152

ASS. DO RESP. PELO RESULTADO

MOD. 4934

C. COMPUTADOR 79 484

FORMATO: 1/5X176 mm

N. P. GRÁFICA

Impresso por: 102.403.651-00 - MARCOS FERREIRA DE OLIVEIRA
Em: 10/08/2023 - 00:00:55



D275939

DAM ALVES TORRES

CNS 706 8082 1306 3720



MINISTÉRIO DE BRASÍLIA
POLÍTICAS PARA AS MULHERES, IGUALDADE
E DIREITOS HUMANOS

Comunicação de Promoção de Direitos de Pessoas com Deficiência

Preenchido pelo requerente
Número de cadastro

LAUDO MÉDICO/FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DO PASSE LIVRE

Nome: David Alves Torres Sexo: M
CPF: 23648259372 RG: 1806 085 Orgão Emissor: SSP DF Nascimento: 28/09 / 1977
Tel.: 61993107701 Nome da Mãe: Erine Alves Moura
Endereço: R.R. 358 Conjunto 12 Casa 21 CEP: 72308813
Samambaia Sul

É obrigatório trazer documentos originais com cópias: RG, CPF, Laudo Médico, comprovante de Renda, comprovante de Residência

*Afirmo que as informações acima são verdadeiras e assumo as responsabilidades sob pena das leis em caso contrário.
*Tenho conhecimento que conforme a legislação é necessário o recadastramento a cada dois anos (no mês de aniversário).

Brasília 26 de Junho de 20 21 Assinatura do requerente

Atesto, para fins de obtenção do benefício de passe livre, para o uso do transporte público do Distrito Federal, que o (a) Sr. (a) acima qualificado apresenta a (as) seguinte(s) deficiência (as):

Grau da deficiência:
*Leve ()
*Moderada ()
*Grave

Nível de autonomia:
*Parcial
*Nula ()
*Total ()

CID (10):
B92

Necessita de acompanhante? Não () Sim () Em caso de «Sim» justifique:

Deficiência auditiva: Anexar o exame de audiometria Tonal (Leis 566/93; 4317/09)
Deficiência visual: Anexar o exame de acuidade visual com correção ou campimetria (Leis 566/93; 4317/09)
Deficiência intelectual: Laudo especificando o grau de convivência social e nível cognitivo (Leis 566/93; 4317/09)
Cardiopatia (ICC): Anexar o cardiograma DOCTER (Lei 1337/12)
Insuficiência renal crônica: em diálise (Lei 453/93)
Pessoas com HIV, Anemia falciforme ou Talassemia e icterofilia: em caso de câncer, anexar biópsia (Lei 773/94)
Deficiência física: Se houver, assinalar:

Paraplegia	Amputação ou ausência de membro (especificar o membro)	Assinalar a ausência parcial dos dedos das mãos e dos pés
Paraparesia		A. Ao nível ou acima do carpo
Monoplegia		B. Primeiro quírodactilo; desde que atingida à falange proximal
Monoparesia		C. Dois quírodactilos; desde que atingida a falange proximal em pelo menos um deles
Tetraplegia	Perda de segmento do membro (especificar o nível) <u>DEDO MAÍ</u>	D. Segundo quírodactilo desde que atingida a falange proximal
Tetraparesia		E. Três ou mais falanges de três ou mais quírodactilos
Triplegia		F. Ao nível ou a cima do tarso
Triparesia	Encurtamento de membro inferior maior que 4cm (anexar a escanometria)	G. Primeiro pododactilo desde que atingida a falange proximal
Paraplegia	Membros com deficiência congênita ou adquirida «Exceto as estéticas e as que não produzem dificuldade para a Função»	H. Dois pododactilo desde que atingida a falange proximal em ambos
Hemiplegia		I. Três ou mais falanges de três ou mais pododactilos
Hemiparesia		Informações adicionais:
Ostomia		
Paralisia Cerebral		
Nanismo		

Assinatura do Médico Especialista
Hecl
Associação das Profissões Sociais
Hugo José de Araujo
Médico
RPPR 208239-0884-05-SMA

Preenchido pelo médico





PROTÓTIPO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA EM HANSENÍASE

Nome: Dora Alves Teves Sexo: F
 Data de nascimento: 06/08/09 Naturalidade: Baixaca
 Endereço: Rua Desemb. J. Goul. Profissão/Ocupação: Costureira
 Domínilo: M. J. () E Procedência: Costa Verde
 Endereço: Quil. Pontão, km 23, Rod. 33 Fone: 931077-01
 e-mail que utiliza: orlaia.fabrilios@diárioscre.com.br

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE
 Local de residência: _____ Data início: 1/1 Alta: 1/1
 Forma de transmissão da doença: () I () T () D () V Esquema terapêutico atual:
 Motivo principal para encaminhamento: Problema em mãos e pés
 Encôntr. em sími (apto): () sim () não Tipo de reação: _____
 Data do último tratamento: _____ Medicamento utilizado: _____
 Dosagem: _____ Última data da corticoterapia: _____
 Doenças associadas: _____
 Intervenções cirúrgicas relacionadas com hanseníase: _____

Relacionado com outras doenças? () sim () não Por quanto tempo? _____

CLASSIFICAÇÃO SIMPLIFICADA DAS FUNÇÕES NEURAIS E COMPLICAÇÕES
 Data: 1ª 19/04/17 2ª / /

Cor do Escleral			
Força dos olhos / força (mm)			
Força dos olhos / força (mm)			
Turbidez (S/N) / Ectópic (S/N)			
Distúrbio de sensibilidade da córnea (S/N)			
Qualidade da visão (S/N)			
Condição S/N			
Atividade visual			

1ª	19/04/17	2ª	/ /
D	E	D	E

Força

Força

		1ª	2ª
Força Muscular		D	E
Abdução (abrir) dedo mínimo		5	5
Abdução (elevar) o polegar		5	5
Extensão (elevar) do punho		5	5
Força Muscular:		D	E
Extensão (elevar) do hálux		5	5
Dorsiflexão (elevar) do pé		5	5

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

Data de Avaliação	Olhos		Mãos		Pés		Maior Grau	Assinatura
	D	E	D	E	D	E		
Aval. diagnóstico: 19/04/17	0	0	I	0	I	I	I	<i>Guineide</i>

Assinatura do médico responsável: _____
 Data de avaliação: 1/1

Guineide
 COORDENADORA DE SAÚDE