

CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA

# IDOSA

60+



**PARANÁ**

GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA SAÚDE

**Carlos Massa Ratinho Junior**  
Governador do Paraná

**Carlos Alberto Gebrim Preto (Beto Preto)**  
Secretário de Estado da Saúde

**César Augusto Neves Luiz**  
Diretor-geral

**Maria Goretti David Lopes**  
Diretora de Atenção e Vigilância em Saúde

**Sidneya Marques**  
Gerente de Atenção Primária à Saúde

**Giseli da Rocha**  
Chefe da Divisão de Atenção à Saúde do Idoso

**Adriane Miró Vianna Benke Pereira**  
**Caren Cristiane Muraro**  
**Karla Barros de Moraes**  
**Sonia Mara Niederauer Abaunza**  
Autores

**Mariane Rodrigues de Melo**  
**Jéssica de Oliveira**  
**Carolina de Oliveira Azim Schiller**  
**Gabriela Silveira Spisla**  
Colaboradores

**Juliana Scheller**  
Diagramação Visual - Núcleo de Comunicação Social

1ª Edição . 2023

## CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA - PARANÁ

Prezado (a),

Esta Caderneta de Saúde contém informações muito importantes, que devem ser conhecidas por toda equipe de saúde que possa vir a atendê-lo(a).

Trate-a como a um documento, que deve estar sempre com você e ser apresentado em qualquer atendimento de saúde, quer seja na sua casa, na Unidade de Saúde, na UPA, no ambulatório ou no Hospital. É muito importante que ela seja preenchida. Sempre peça ao (a) profissional que faça os devidos registros.

Você ou seu familiar/cuidador (a) pode preencher as informações de identificação. Deixe as demais páginas para a equipe de saúde.

Cuide bem dela, pois será utilizada por muitos anos e pode ajudá-lo(a) a ter uma vida independente e com qualidade.



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP  
Biblioteca da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (BIBSESA)

---

P223 Paraná. Secretaria da Saúde. Divisão de Atenção à Saúde do Idoso  
Caderneta de saúde da pessoa idosa: 60+ / Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 1.ed. Curitiba : SESA, 2023.  
38 p. color. 2150 Kb; PDF

Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Material-grafico>  
ISBN 978-85-66800-34-0 (on-line)

1. Saúde do Idoso. 2. Assistência à Saúde do Idoso. 3. Caderneta de Saúde do Idoso. 4. Política de saúde. I. Título. II. Autor.

CDD 362.60

---

Elaine Cristina Itner Voidelo - CRB9/1239

## IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone Fixo: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

UBS: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Número do cartão do SUS: \_\_\_\_\_

Em caso de emergência falar com: (Nome/parentesco/ telefone)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

COLE AQUI  
O SEU QR CODE

ÍNDICE DE  
VULNERABILIDADE  
CLÍNICO  
FUNCIONAL  
IVCF - 20

## ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL – 20

Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para quem conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.

|  |  |  |
|--|--|--|
| IDADE  |  | 1 - Qual é a sua idade?  |
| AUTO PERCEPÇÃO DA SAÚDE  |  | 2 - Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:  |
| AVD INSTRUMENTAL   |  | 3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?  |
| Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5 |  | 4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro?   |
|  |  | 5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos em casa ou fazer limpeza leve?  |
| AVD Básica   |  | 6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho(a)?   |
| COGNIÇÃO   |  | 7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?  |
|  |  | 8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?  |
|  |  | 9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?   |
| HUMOR  |  | 10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?  |
|  |  | 11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente realizadas?   |
| MOBILIDADE   | Alcance, preensão e pinça                                      | 12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?<br>13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?   |
|  | Capacidade aeróbica e/ou muscular (Pontuação máxima: 2 pontos) | 14. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?<br>• Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano<br>• Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m <sup>2</sup><br>• Circunferência da panturrilha a < 31 cm<br>• Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 seg |
|  | Marcha   | 15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade?<br>16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?  |
|  | Continência Esfinteriana                                       | 17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?   |
| COMUNICAÇÃO  | Visão  | 18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade?<br>É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.  |
|  | Audição  | 19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade?<br>É permitido o uso de aparelhos de audição.   |
| COMORBIDADE MÚLTIPLA (Pontuação máxima: 4 pontos)  |  | 20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?<br>• Cinco ou mais doenças crônicas.<br>• Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia.<br>• Internação recente, nos últimos 6 meses.  |
| 0 a 6 pontos: BAIXA vulnerabilidade clínico-funcional  |  |  |
| 7 a 14 pontos: MODERADA vulnerabilidade clínico-funcional  |  |  |
| ≥ 15 pontos: ALTA vulnerabilidade clínico-funcional  |  |  |

apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por

:

**Escolha a opção e pontue o quadro ao lado:**

|   |  |
|---|--|
|   | ( 0 ) 60 a 74 anos<br>( 1 ) 75 a 84 anos<br>( 3 ) ≥ 85 anos  |
| que sua saúde é:  | ( 0 ) Excelente, muito boa ou boa<br>( 1 ) Regular ou ruim   |
| pras?   | ( 4 ) Sim ( 0 ) Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde                            |
| eu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?         | ( 4 ) Sim ( 0 ) Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde                    |
| pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a  | ( 4 ) Sim ( 0 ) Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde |
| ho sozinho?   | ( 6 ) Sim ( 0 ) Não  |
|   | ( 1 ) Sim ( 0 ) Não  |
|   | ( 1 ) Sim ( 0 ) Não  |
| do cotidiano?   | ( 2 ) Sim ( 0 ) Não  |
| ?   | ( 2 ) Sim ( 0 ) Não  |
| teriormente prazerosas?                                     | ( 2 ) Sim ( 0 ) Não  |
|   | ( 1 ) Sim ( 0 ) Não  |
|   | ( 1 ) Sim ( 0 ) Não  |
| timos ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês | ( 2 ) Sim ( 0 ) Não  |
| e alguma atividade do cotidiano?                            | ( 2 ) Sim ( 0 ) Não  |
|   | ( 2 ) Sim ( 0 ) Não  |
|   | ( 2 ) Sim ( 0 ) Não  |
| uma atividade do cotidiano?                                 | ( 2 ) Sim ( 0 ) Não  |
| alguma atividade do cotidiano?                              | ( 2 ) Sim ( 0 ) Não  |
|   | ( 4 ) Sim ( 0 ) Não  |
|   | Total  |







## AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE SOCIOFAMILIAR

Coloque no quadro ao lado a numeração correspondente.

| Fragilidade              |   | Sim | Não          |
|--------------------------|---|-----|--------------|
| <b>SUPOORTE FAMILIAR</b> | Mora sozinho  | 2   | 0            |
|                          | Residente em ILPI   | 4   | 0            |
|                          | Presença de companheiro ou cônjuge  | 0   | 2            |
|                          | Viuvez recente, no último ano   | 2   | 0            |
|                          | Presença de alguém com disponibilidade para atendê-lo, em caso de necessidade ou presença de cuidador, familiar ou profissional, qualificado para a prestação do cuidado necessário | 0   | 6            |
|                          | Você recebe visitas dos seus familiares ou amigos com regularidade?   | 0   | 2            |
|                          | Responsável pelo cuidado de pessoas dependentes na sua casa   | 2   | 0            |
|                          |   |     | <b>TOTAL</b> |

|                              |  |                   |                           |                               |                           |              |
|------------------------------|--|-------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------------------|--------------|
| <b>SUPOORTE SOCIAL</b>       | Analfabetismo  | 2                 | 0                         |                               |                           |              |
|                              | Beneficiário do Benefício de Prestação Continuada (BPC)  | 4                 | 0                         |                               |                           |              |
|                              | Moradia própria  | 0                 | 2                         |                               |                           |              |
|                              | Moradia em boas condições de organização e higiene   | 0                 | 4                         |                               |                           |              |
|                              | Acesso à renda própria ou de familiares próximos suficiente para garantir a própria subsistência   | 0                 | 6                         |                               |                           |              |
|                              | Relato de participação em alguma atividade extradomiciliar ou comunitária ou rede social, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência etc | 0                 | 2                         |                               |                           |              |
| <b>CRITÉRIO DE GRAVIDADE</b> | Suporte Familiar<br>Suporte Social   | <b>Ausente:</b> 0 | <b>Leve:</b> 1 a 4 pontos | <b>Moderado:</b> 4 a 9 pontos | <b>Grave:</b> ≥ 10 pontos | <b>TOTAL</b> |



## CONDIÇÕES CRÔNICAS

Marque com um (x) em caso positivo e especifique quando necessário.

|   |  |  |
|---|--|--|
| 1- Hipertensão arterial   |  |  |
| 2- Diabetes Melitus   |  |  |
| 3- AVE ou AIT, IAM ou DAC ou DAP  |  |  |
| 4- Insuficiência Cardíaca, arritmias ou valvulopatias sintomáticas  |  |  |
| 5- Parkinsonismo ou tremores (repouso, ação ou intencional)   |  |  |
| 6- Quadro demencial   |  |  |
| 7- Transtorno mental ou psiquiátrico  |  |  |
| 8- DPOC ou asma   |  |  |
| 9- Osteoartrite degenerativa, artrite reumatoide ou doenças reumatológicas limitantes   |  |  |
| 10- Câncer exceto cutâneo e mieloma   |  |  |
| 11- Doença renal crônica (insuficiência renal)  |  |  |
| 12- Osteoporose atual ou pregressa  |  |  |
| 13- Doença tireoideana  |  |  |
| 14- Obesidade   |  |  |
| 15- Distúrbio do sono (insônia, apneia do sono ou hipersonia)   |  |  |
| 16 - Anemia ou outra doença do sistema hematopoiético   |  |  |
| 17 - Problemas digestivos (doença do refluxo gastroesofágico, doença dispéptica, diarreia crônica, obstipação intestinal, fecaloma) |  |  |
| 18 - Dor crônica  |  |  |
|   |  |  |
|   |  |  |
|   |  |  |
|   |  |  |









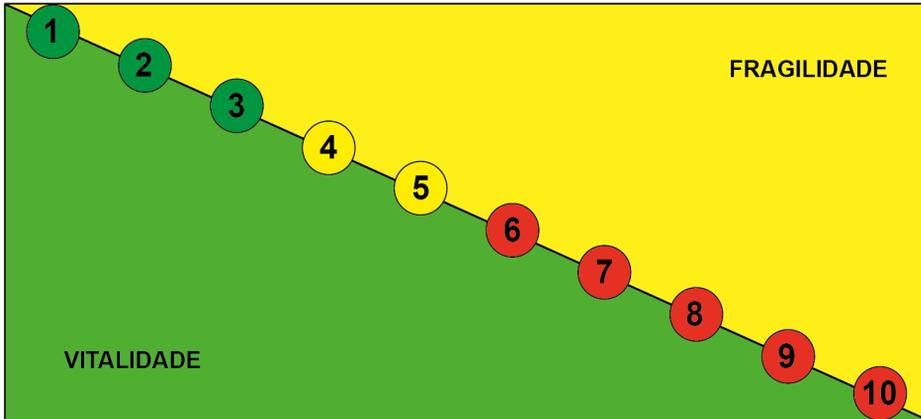






## ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO-FUNCIONAL

### FRAGILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL

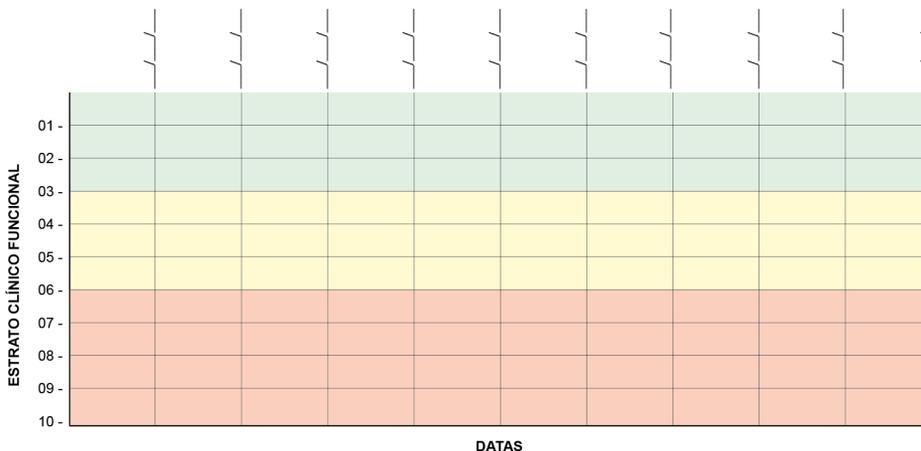


Envelhecimento Fisiológico (Senescência)

Envelhecimento Patológico (Senilidade)

|                                |                                |                                     |                                      |                    |                        |                      |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------|------------------------|----------------------|
| AUSÊNCIA DE DECLÍNIO FUNCIONAL | DECLÍNIO FUNCIONAL IMINENTE    | DECLÍNIO FUNCIONAL ESTABELECIDO     |                                      |                    |                        |                      |
|                                |                                | AVD INSTRUMENTAL                    |                                      | AVD BÁSICA         |                        |                      |
|                                |                                | DEPENDÊNCIA PARCIAL                 | DEPENDÊNCIA TOTAL                    | SEMIDPENDÊNCIA     | DEPENDÊNCIA INCOMPLETA | DEPENDÊNCIA COMPLETA |
| IDOSO ROBUSTO                  | IDOSO EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO | IDOSO FRÁGIL                        |                                      |                    |                        |                      |
|                                |                                | Alto potencial de melhora funcional | Baixo potencial de melhora funcional | Fase final de vida |                        |                      |

### GRÁFICO DA ESTRATIFICAÇÃO CLÍNICO FUNCIONAL













## SAÚDE BUCAL DA PESSOA IDOSA

| AVALIAÇÃO EM SAÚDE BUCAL  |  | DATA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Preencha a coluna com a letra correspondente  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>(S)</b> SIM <b>(N)</b> NÃO   |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Paciente está satisfeito(a) com aparências dos seus dentes e gengivas?                        |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Apresenta dor, sensibilidade ou ardência bucal?   |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Apresenta ferida ou lesões em boca a mais de 15 dias?   |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Apresenta xerostomia?   |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Apresenta halitose?   |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Apresenta edentulismo?  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Faz uso de prótese dentária?  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Apresenta prótese dentária satisfatória?  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Apresenta alguma mudança na quantidade ou tipo de alimentação em função dos dentes / prótese? |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Apresenta alguma infecção de origem dentária?   |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Apresenta doença cárie?   |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Apresenta doença periodontal?   |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

AVALIAÇÃO

## ORIENTAÇÕES

O cuidado com a saúde bucal deve ser um trabalho integrado e de toda a equipe, pois muitos agravos que acometem a cavidade bucal tem repercussão na saúde geral da pessoa idosa.

Higiene bucal: escova macia, pasta com flúor, raspador lingual, fio dental com suporte, enxaguante bucal com flúor sem álcool.

Higiene dos rebordos gengivais: gaze com água.

Higiene de próteses: limpeza com escova dura e sabão neutro, parte interna e externa das próteses.

Orientações sobre xerostomia: ingestão de água e/ou líquidos gelados, saliva artificial, goma de mascar sem açúcar (pacientes dentados). Verificar medicamentos em uso.



LINHA DE CUIDADO EM

**SAÚDE  
BUCAL**

## CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO

| Covid-19          |                   | Influenza (gripe) |                   |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Data: ___/___/___ | Data: ___/___/___ | Data: ___/___/___ | Data: ___/___/___ |
| Lote: _____       | Lote: _____       | Lote: _____       | Lote: _____       |
| Unid.: _____      | Unid.: _____      | Unid.: _____      | Unid.: _____      |
| Ass: _____        | Ass: _____        | Ass: _____        | Ass: _____        |
| Data: ___/___/___ | Data: ___/___/___ | Data: ___/___/___ | Data: ___/___/___ |
| Lote: _____       | Lote: _____       | Lote: _____       | Lote: _____       |
| Unid.: _____      | Unid.: _____      | Unid.: _____      | Unid.: _____      |
| Ass: _____        | Ass: _____        | Ass: _____        | Ass: _____        |
| Data: ___/___/___ | Data: ___/___/___ | Data: ___/___/___ | Data: ___/___/___ |
| Lote: _____       | Lote: _____       | Lote: _____       | Lote: _____       |
| Unid.: _____      | Unid.: _____      | Unid.: _____      | Unid.: _____      |
| Ass: _____        | Ass: _____        | Ass: _____        | Ass: _____        |
| Data: ___/___/___ | Data: ___/___/___ | Data: ___/___/___ | Data: ___/___/___ |
| Lote: _____       | Lote: _____       | Lote: _____       | Lote: _____       |
| Unid.: _____      | Unid.: _____      | Unid.: _____      | Unid.: _____      |
| Ass: _____        | Ass: _____        | Ass: _____        | Ass: _____        |
| Data: ___/___/___ | Data: ___/___/___ | Data: ___/___/___ | Data: ___/___/___ |
| Lote: _____       | Lote: _____       | Lote: _____       | Lote: _____       |
| Unid.: _____      | Unid.: _____      | Unid.: _____      | Unid.: _____      |
| Ass: _____        | Ass: _____        | Ass: _____        | Ass: _____        |
| Data: ___/___/___ | Data: ___/___/___ | Data: ___/___/___ | Data: ___/___/___ |
| Lote: _____       | Lote: _____       | Lote: _____       | Lote: _____       |
| Unid.: _____      | Unid.: _____      | Unid.: _____      | Unid.: _____      |
| Ass: _____        | Ass: _____        | Ass: _____        | Ass: _____        |

## CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO

| Difteria, tétano e coqueluche                                  | Pneumo 13<br>Pneumo 23   | Hepatite B  | Outras   |
|--|--|---|--|
| Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____ | Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____                         | Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____                  | Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____ |
| Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____ | Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____                         | Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____                  | Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____ |
| Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____ | Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____                         | Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____                  | Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____ |
| Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____ | <b>Febre Amarela</b><br>Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____ | <b>Outras</b><br>Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____ | Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____ |
| Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____ | Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____                         | Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____                  | Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____ |
| Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____ | <b>MANTENHA SUA<br/>CARTEIRA DE VACINAÇÃO<br/>ATUALIZADA</b>                           | <b>VACINE-SE</b><br>SAUDE.PR.GOV.BR   | Data: ___/___/___<br>Lote: _____<br>Unid.: _____<br>Ass: _____ |





## **Você já ouviu falar sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)?**

As DAVs são definidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) como “o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.” (Res. nº1995/2012, CFM)

### **Como elaborar esse documento?**

\*Refleta sobre suas vontades e preferências. Você já teve ou tem algum familiar ou amigo que faleceu recentemente? Essa pessoa recebeu algum tratamento que não gostaria de ter recebido? Ou não recebeu algum tratamento que desejava? De que modo essa experiência influencia suas próprias preferências?

\*Escolha uma pessoa de sua confiança para ser seu procurador de saúde. Ele responderá caso você não tenha condições de expressar a suas vontades. Converse com ele abertamente sobre tratamentos médicos que você quer ou não receber.

\*Converse com sua equipe de saúde. Considere as sugestões que os profissionais apresentarem.

\*O médico deve registrar no prontuário as DAVs que lhes foram diretamente comunicadas, desde que conversado e autorizado pelo usuário, não sendo exigidos testemunhas ou assinaturas, pois o médico possui fé pública e seus atos têm efeito legal e jurídico.

\*Toda a equipe de saúde deve estar ciente das DAVs.

\*Não é necessário fazer o registro em cartório. Deixe uma cópia de suas DAV com seu médico, com seu procurador de saúde e com as pessoas que você considere que devam conhecer suas vontades.

**POSSUI DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE? ( ) SIM ( ) NÃO**

Responsável: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_





## TELEFONES ÚTEIS

- **Disque Idoso Paraná: 0800 141 00 01**

(Direito da pessoa idosa, serviços públicos e denúncias referentes à violação de direitos)

- **Ouvidoria da Secretaria da Saúde do Paraná: 0800 644 44 14 ou 155**

(Denúncia, sugestão, informação, reclamação, solicitação e/ou elogio referentes as ações e serviços do Sistema Único de Saúde - SUS)

- **PROCON PR: 0800 041 15 12**

(Departamento Estadual de Proteção e Defesa do Consumidor)

- **SAMU: 192**

(Serviço de Ambulância Móvel de Urgência)

- **SIATE: 193**

(Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência / Corpo de Bombeiros)



ISBN 978-856680034-0



9 788566 800340

SECRETARIA DA SAÚDE DO PARANÁ  
Rua Piquiri 170 - Rebouças - 80230-140 - Curitiba - PR