

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinada, fui submetida ao aconselhamento pré - teste para HIV/sífilis nesta instituição, conforme o protocolo do MS (Ministério da Saúde), sendo informada a respeito dos benefícios da realização do teste anti - HIV/sífilis para a prevenção da transmissão vertical e sífilis congênita na gestação atual e/ou em gestações futuras, assim como me foi ofertada a realização do referido teste, de forma gratuita e sigilosa.

- ☐ Tenho ciência da importância do teste e declaro que autorizo sua realização.
☐ Apesar de estar ciente destas informações, NÃO autorizo a realização do teste anti - HIV/sífilis, responsabilizando - me pelas consequências desta recusa.

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DA PACIENTE

TESTEMUNHA: _____

203



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
RUA LUIZ NAIDE DA SILVA, 43 - ZONA RURAL - HORIZONTE - CE
CEP: 62.333-000
FONE: (85) 3336.8044 / FAX: (85) 3336.8043



TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI - HIV I E II E SÍFILIS

NOME DA PACIENTE: _____

AMOSTRA: SANGUE TOTAL

MÉTODO: IMUNOCROMATOGRAFIA

TESTE 1 - () RAPID CHECK () BIO-MANGUINHOS () OUTROS. QUAL? _____

Nº DO LOTE: _____ DATA DA VALIDADE: _____

RESULTADO: () NÃO REAGENTE () REAGENTE

TESTE 2 - CONFIRMATÓRIO

() RAPID CHECK () BIO-MANGUINHOS () OUTROS. QUAL? _____

Nº DO LOTE: _____ DATA DA VALIDADE: _____

RESULTADO: () NÃO REAGENTE () REAGENTE

TESTE TREPONÊMICO (SÍFILIS)

MÉTODO: IMUNOCROMATOGRAFIA

() RAPID CHECK () BIOMANGUINHOS () OUTROS. QUAL? _____

RESULTADO: () NÃO REAGENTE () REAGENTE

Nº LOTE: _____ DATA DE VALIDADE: _____

OBS.: EXAMES REALIZADOS EM CONFORMIDADE COM A PORTARIA SUS / MS Nº 151/2009 E Nº 77/2012.

HORIZONTE ____/____/____

RESPONSÁVEL TÉCNICO (CARIMBO E ASSINATURA)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CUIDADOS PALIATIVOS**



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Leito: _____

Nº de Regulação Fast Medic: _____ Idade: _____

Médico que realizou a orientação: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

Assinatura e carimbo do
médico: _____

Eu, _____ **204**

Documento: _____, Grau de parentesco: _____

Declaro que fui devidamente orientado a respeito do diagnóstico e prognóstico do (a) paciente _____, Estou ciente de que os cuidados prestados serão de caráter paliativo, ou seja, com ênfase no alívio da dor e de todo sintoma que possa causar desconforto ao paciente, objetivando a manutenção da dignidade e integridade do mesmo. Assim sendo autorizo a retirada ou não introdução de tratamentos que tenham como objetivo a manutenção da vida de maneira artificial como: hemodiálise, ventilação mecânica, drogas vasoativas e outros procedimentos invasivos que neste momento só irão prorrogar o sofrimento do paciente.

Horizonte, ____ de ____ de ____.

Testemunha

Testemunha

Este documento foi elaborado em conformidade com a Recomendação CFM nº 1/2016.

Nº INSCRIÇÃO CPF/CNPJ:	Nº CNES:	Nº LICENÇA SANITÁRIA:
NOME OU RAZÃO SOCIAL:		
NOME FANTASIA:	CONTATO:	205
ENDEREÇO:	CIDADE:	
RAMO DE ATIVIDADE:		
RESPONSÁVEL / RESPONSÁVEL TÉCNICO:	Nº DOCUMENTO/CONSELHO:	
Aos ____ dias do mês de ____ de ____ às ____ horas, no exercício de Vigilância Sanitária, em ação relaciada ao estabelecimento acima qualificado, face ao que dispõe o artigo: _____		
Foi constatado que: 		
Prazo para cumprimento do termo:		
Observações: 1. Não cumprimento das exigências no prazo estabelecido sujeitará o infrator às penalidades previstas na legislação sanitária. 2. Em caso de autuação, face ainda ao que dispõe os artigos _____ fica o autuado cientificado de que dispõe do prazo de _____ dias para apresentar defesa sob pena de REVELIA, conforme estabelece os artigos _____ 3. Fica o autuado igualmente ciente de que responderá a processo administrativo, estando sujeito às penalidades de: advertência, apreensão, inutilização, interdição, cassação de Licença Sanitária e/ou multa, nos termos do artigo _____ 4. Outros: _____		
Horizonte: ____ de ____ de ____		
Fiscal	Fiscal	
Ciente:	Assinatura do responsável	



PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ



TERMO DE RESPONSABILIDADE
(CONCESSÃO DE SALÁRIO-FAMÍLIA – PORTARIA Nº MPAS – 3.040/82-INSS e LEI
MUNICIPAL 509/2005 - FMSS)

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE

Nº. CNPJ: 23.555.196/0001-86

NOME DO SEGURADO: _____

CTPS OU DOC. DE IDENTIDADE: _____

206

BENEFICIÁRIOS

NOME DO FILHO:

DATA DO NASCIMENTO

1. _____	- ____/____/____
2. _____	- ____/____/____
3. _____	- ____/____/____
4. _____	- ____/____/____
5. _____	- ____/____/____

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos ou ocorrências que determinam a perda do direito ao salário-família.

- ÓBITO DE FILHO;
- CESSAÇÃO DA INVALIDEZ DE FILHO INVÁLIDO;
- SENTENÇA JUDICIAL QUE DETERMINE O PAGAMENTO A OUTREM (Casos de desquite ou separação, abandono de filho ou perda do pátrio poder).
- FALTA DA SEGUINTE DOCUMENTAÇÃO: Crianças até 06 (seis) anos de idade Certidão de Nascimento e Cartão de Vacinação; Crianças de 07 (sete) à 14 (catorze) anos de idade Certidão de Nascimento e Declaração da Escola em que a criança está matriculada.

Estou ciente, ainda, de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar à devolução das importâncias indevidas, sujeitar-me-á às penalidades previstas no art. 171 do Código Penal e à rescisão do contrato de trabalho, por justa causa, nos termos do art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Impressão Digital



FUNCIONÁRIO:

SECTOR:

FUNÇÃO:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro para todos efeitos legais que recebi os Equipamentos de Proteção Individual constantes da lista abaixo, novos e em perfeitas condições de uso, e assumo o compromisso de observar os protocolos de padronização de EPI's da Secretaria Municipal de Horizonte.

No caso do centro cirúrgico, vale acrescentar que os EPI's foram entregues de acordo com a Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 06/2020, sobre orientações para a prevenção e o controle das infecções pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) em procedimentos cirúrgicos.

[illegible]

207





PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAÚDE
Av. Juvenal de Castro, Nº 435 - Centro Horizonte - CE
Fone: (0**85) 3336.6050 - Fax: (0**85) 3336.6050
E-mail: saudehorizonte@click21.com.br
Visite nosua página na web: saudehorizonte.ce.gov.br



TERMOS DE RESPONSABILIDADE

208

inicef

PAGINA

O abaixo assinado.....

Pessoa responsável pelo doente.....

Dá plena autorização aos médicos do Hospital..... que o assistirem para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do estabelecimento.

Em..... de..... de 20.....

ASSINATURA DO DOENTE OU PESSOA RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS:.....

O abaixo assinado.....

Pessoa responsável pelo doente.....

Reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em..... de..... de 20.....

ASSINATURA DO DOENTE OU PESSOA RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS:.....

O abaixo assinado.....

Pessoa responsável pelo doente.....

Certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento desta estabelecimento

Em..... de..... de 20.....

ASSINATURA DO DOENTE OU PESSOA RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS:.....

O abaixo assinado.....

Pessoa responsável pelo doente.....

Reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo.

Em..... de..... de 20.....

ASSINATURA DO DOENTE OU PESSOA RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS:.....



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA



209

TRANSFERÊNCIAS

DATA: ___/___/___ HORA SAÍDA: _____ RETORNO: _____

PACIENTE: _____ ACAMADO: ()SIM()NÃO

ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

HOSPITAL DE ORIGEM: _____

HOSPITAL DE DESTINO: _____

MOTORISTA: _____ PLACA _____

TRANSFERÊNCIAS

DATA: ___/___/___ HORA SAÍDA: _____ RETORNO: _____

PACIENTE: _____ ACAMADO: ()SIM()NÃO

ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

HOSPITAL DE ORIGEM: _____

HOSPITAL DE DESTINO: _____

MOTORISTA: _____ PLACA _____

TRANSFERÊNCIAS

DATA: ___/___/___ HORA SAÍDA: _____ RETORNO: _____

PACIENTE: _____ ACAMADO: ()SIM()NÃO

ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

HOSPITAL DE ORIGEM: _____

HOSPITAL DE DESTINO: _____

MOTORISTA: _____ PLACA _____

TRANSFERÊNCIAS

DATA: ___/___/___ HORA SAÍDA: _____ RETORNO: _____

PACIENTE: _____ ACAMADO: ()SIM()NÃO

ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

HOSPITAL DE ORIGEM: _____

HOSPITAL DE DESTINO: _____

MOTORISTA: _____ PLACA _____



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA



210

VIAGEM AGENDADA

DATA: ___/___/___ HORA SAÍDA: _____ RETORNO: _____

PACIENTE: _____

ACAMADO: ()SIM()NÃO

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

HOSPITAL DE ORIGEM: _____

HOSPITAL DE DESTINO: _____

AUTORIZADO POR: _____

VIAGEM AGENDADA

DATA: ___/___/___ HORA SAÍDA: _____ RETORNO: _____

PACIENTE: _____

ACAMADO: ()SIM()NÃO

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

HOSPITAL DE ORIGEM: _____

HOSPITAL DE DESTINO: _____

AUTORIZADO POR: _____

VIAGEM AGENDADA

DATA: ___/___/___ HORA SAÍDA: _____ RETORNO: _____

PACIENTE: _____

ACAMADO: ()SIM()NÃO

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

HOSPITAL DE ORIGEM: _____

HOSPITAL DE DESTINO: _____

AUTORIZADO POR: _____

VIAGEM AGENDADA

DATA: ___/___/___ HORA SAÍDA: _____ RETORNO: _____

PACIENTE: _____

ACAMADO: ()SIM()NÃO

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

HOSPITAL DE ORIGEM: _____

HOSPITAL DE DESTINO: _____

AUTORIZADO POR: _____

UF **CE** NÚMERO **85.570851 3**

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA
UF **CE** NÚMERO **85.570851 3 B1**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
**SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE HORIZONTE**
Av. Presidente Costa e Branco, 4893 - Cep. 62800-031
Fone/Fax: (65) 3330.6950 - Horizonte - Ceará

Medicamento ou Substância
Quantidade e Forma Farmacêutica
Doença ou Sintoma Possível
Assinatura

Paciente

Endereço

Assinatura do emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome
Endereço
Telefone
Identidade Nº

Orgão Emissor

CARIMPO DO FORNECEDOR

Data

Nome do Vendedor

GRÁFICA CENTRAL LTDA - AV. CARUPIMMA, 1271 - CNPJ: 03.177.440/0001-11 - CEP: 06.278.288-9 - FORTALEZA - CE AUT. Nº: 932021 - INSCRIÇÃO: 85-066.191_3 e 85-071.080_3 - 08/04/90 X 1-31/03/21

211

