



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE  
SECRETÁRIA DA SAÚDE  
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA

Formulário de Ocorrência Plantão Diurno  
(Enfermagem para Farmácia)

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



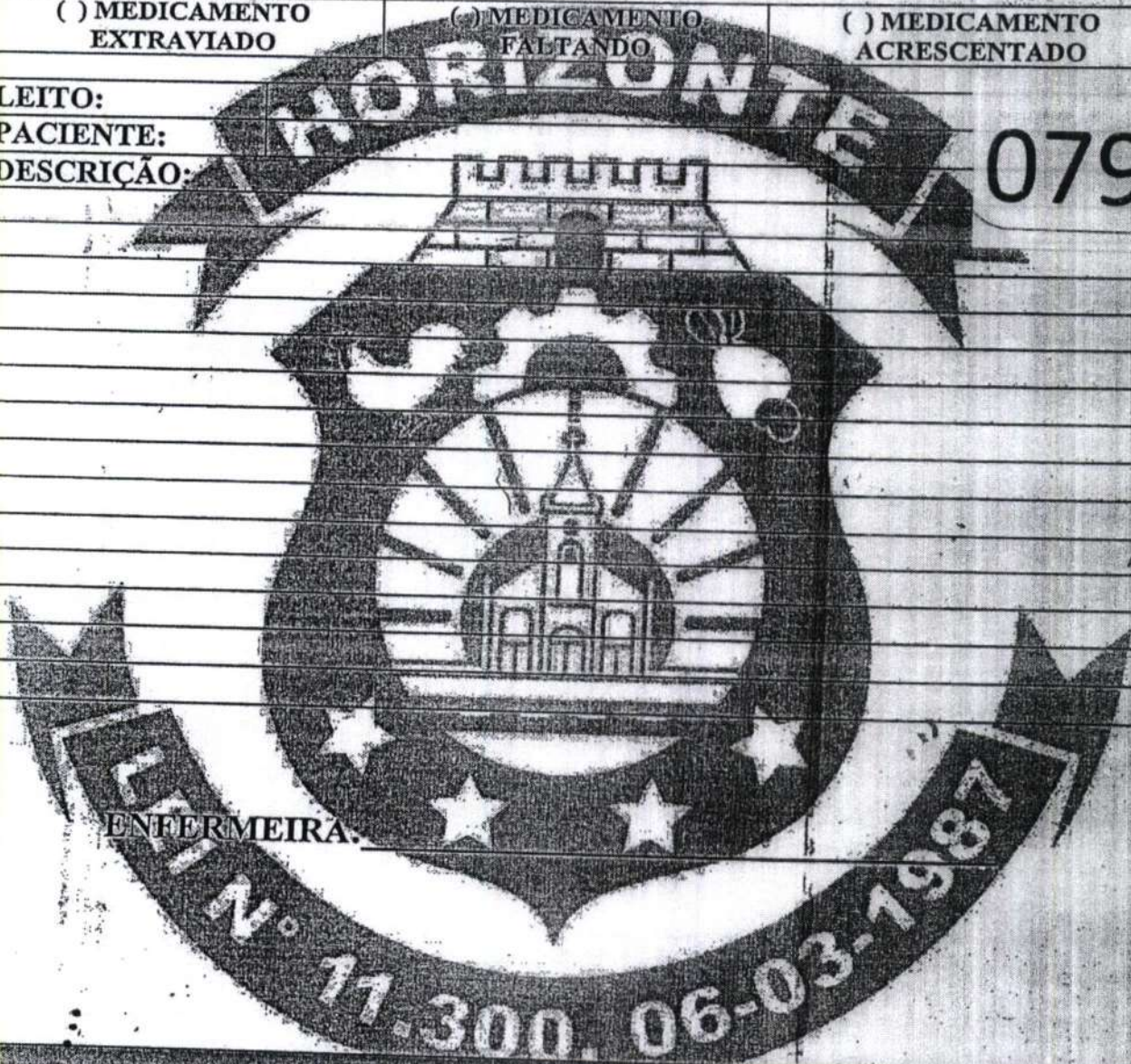
<input type="checkbox"/> MEDICAMENTO EXTRAVIADO	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTO FALTANDO	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTO ACRESCENTADO
---	---	---

LEITO: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

079



ENFERMEIRA: \_\_\_\_\_

RESERVADO A FARMÁCIA

TÉCNICO NOTURNO QUE MONTOU O KIT: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA DOS KITS: \_\_\_\_\_

TÉCNICO DIURNO QUE ATENDEU O CHAMADO: \_\_\_\_\_







SETOR/CATEGORIA: \_\_\_\_\_

MÊS/ANO \_\_\_\_\_

ESTOU CIENTE DE QUE ESTE FORMULÁRIO SE TRATA DE UMA SUGESTÃO E QUE A INSTITUIÇÃO NÃO TEM OBRIGAÇÃO DE ATENDER TODOS OS PEDIDOS, E QUE O PREENCHIMENTO IRREGULAR DO MESMO O TORNARÁ INVÁLIDO.



NOME	SUGESTÃO	MOTIVO
ASSINATURA		

NOME	SUGESTÃO	MOTIVO
ASSINATURA		

NOME	SUGESTÃO	MOTIVO
ASSINATURA		

NOME	SUGESTÃO	MOTIVO
ASSINATURA		

NOME	SUGESTÃO	MOTIVO
ASSINATURA		





**PREFEITURA DE  
HORIZONTE  
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ**

082

INFORMAÇÕES **REGISTRO DE NASCIMENTO**  
Cartório CÂMARA RODRIGUES 1º Ofício da Comarca HORIZONTE/ CE

Criança



**NOME:** \_\_\_\_\_  
**Sexo:** ( ) M ( ) F      **Data Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      **Horário:** \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_  
**Nº DNV:** \_\_\_\_\_ **Gêmeos?** ( ) Sim ( ) Não / Se sim, quantos no total? \_\_\_\_\_  
**Local de Nascimento:** Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa - Horizonte/CE  
**NATURALIDADE RECÉM-NASCIDO:** ( ) Horizonte/CE ( ) Município de residência da mãe, conforme DNV

Mãe

**Nome MÃE:** \_\_\_\_\_  
**Estado civil:** ( ) Solteira ( ) Casada ( ) Separada ( ) Divorciada ( ) Viúva **Profissão:** \_\_\_\_\_  
**Naturalidade:** \_\_\_\_\_ **É menor de idade?** ( ) Sim ( ) Não / Idade na ocasião do parto? \_\_\_\_\_  
**Endereço:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_  
**Documentação apresentada:** ( ) RG ( ) CPF ( ) Carteira Profissional ( ) CTPS ( ) CNH ( ) Passaporte  
 ( ) Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento (atualizada - 90 dias)  
**Telefone de contato:** ( ) \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

Pai

**Nome PAI:** \_\_\_\_\_  
**Estado civil:** ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Separado ( ) Divorciado ( ) Viúvo **Profissão:** \_\_\_\_\_  
**Naturalidade:** \_\_\_\_\_ **É menor de idade?** ( ) Sim ( ) Não / Se sim, quantos anos? \_\_\_\_\_  
 (pai do recém-nascido for maior de 16 anos e capaz, pode reconhecer a paternidade sem assistência)  
**Endereço:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_  
**Documentação apresentado:** ( ) RG ( ) CPF ( ) Carteira Profissional ( ) CTPS ( ) CNH ( ) Passaporte ( ) Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento (atualizada - 90 dias)  
**Telefone de contato:** ( ) \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Representante**

somente quando mãe menor de 16 anos e quando a paternidade não seja reconhecida por pai maior de 16 anos

**Nome:** \_\_\_\_\_  
**Estado civil:** ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Separado ( ) Divorciado ( ) Viúvo **Profissão:** \_\_\_\_\_  
**Endereço:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_  
**Documentação apresentado:** ( ) RG ( ) CPF ( ) Carteira Profissional ( ) CTPS ( ) CNH ( ) Passaporte  
 ( ) Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento (atualizada - 90 dias)  
**Telefone de contato:** ( ) \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Mãe ou Representante

\_\_\_\_\_  
Pai ou Representante

\_\_\_\_\_  
Assistente social







083

<b>IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)</b>			
Nome:			
Registro Geral (RG):		CPF:	
Data Nascimento:	Sexo:	Estado Civil:	Matrícula:
Endereço Residencial:			
Município:	CEP:	Telefone:	



<b>INFORMAÇÕES FUNCIONAIS DO SERVIDOR</b>			
Categoria funcional: <b>EFETIVO</b>	Cargo ou função: SECRETARIA DE SAÚDE		
Lotação:			
Data de admissão:	Readaptado: ( ) sim ( ) não	Data início última licença concedida:	Quantidade de dias:
Responsável pelo encaminhamento: (Assinatura e carimbo)			
Data do encaminhamento: _____ / _____ / _____			

<b>INFORMAÇÕES SOBRE A GUIA DE INSPEÇÃO MÉDICA – G.I.M.</b>		
Finalidade:	Motivo da Concessão do Benefício:	
( ) Inicial	( ) Licença Maternidade (180 dias)	( ) Licença para acompanhamento familiar
( ) Prorrogação	( ) Junta Médica	( ) Auxílio Acidentário no trabalho ou Doença Ocupacional
	( ) Auxílio Doença	( ) Avaliação – readaptação de função
		( ) Redução de carga horária

**OBSERVAÇÕES:**

---



---

**PARECER FINAL:**

( ) Não existe incapacidade para o trabalho

( ) Inapto até: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Retorno para nova Perícia em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL / FUMSEG: \_\_\_\_\_

Assinatura do servidor ou Responsável Legal – Ciência do resultado da perícia:

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_





**GUIA PARA HOMOLOGAÇÃO DE ATESTADO MÉDICO - CONTRATADOS**

084

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)			
Nome:			
Registro Geral (RG):		CPF:	
Data Nascimento:	Sexo:	Estado Civil:	Matrícula:
Endereço Residencial:			
Município:	CEP:	Telefone:	

INFORMAÇÕES FUNCIONAIS DO SERVIDOR	
Categoria funcional: <b>CONTRATADO</b>	Cargo ou função: SECRETARIA DE SAÚDE
Data de admissão:	
Quantidade de dias:	
Responsável pelo encaminhamento: (Assinatura e carimbo)	
Data do encaminhamento: Horizonte/CE, ___ / ___ / ____.	

INFORMAÇÕES SOBRE A HOMOLOGAÇÃO DE INSPEÇÃO MÉDICA	
Finalidade: INICIAL	Motivo da Concessão do Benefício: JUNTA MÉDICA - HOMOLOGAR ATESTADO

OBSERVAÇÕES:


RESPONSÁVEL / FUMSEG: \_\_\_\_\_


Assinatura do servidor ou Responsável Legal - Ciência do resultado da perícia:


\_\_\_\_\_


Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_.




 PREFEITURA DE HORIZONTE DE NÓS, TODAS COM VOZ		HOSPITAL DE HORIZONTE (HMVRS)	
IDENTIFICAÇÃO DA SOLUÇÃO			
NOME:			
ENFERMARIA:	LEITO:		
SOLUÇÃO:	ml		
ELETRÓLITOS:	ml		
ELETRÓLITOS:	ml		
DROGAS:	ml		
VAZÃO:	ml/h	gt/m	
DATA:	HORA:		
RESPONSÁVEL:			


 PREFEITURA DE HORIZONTE DE NÓS, TODAS COM VOZ		HOSPITAL DE HORIZONTE (HMVRS)	
IDENTIFICAÇÃO DA SOLUÇÃO			
NOME:			
ENFERMARIA:	LEITO:		
SOLUÇÃO:	ml		
ELETRÓLITOS:	ml		
ELETRÓLITOS:	ml		
DROGAS:	ml		
VAZÃO:	ml/h	gt/m	
DATA:	HORA:		
RESPONSÁVEL:			


 PREFEITURA DE HORIZONTE DE NÓS, TODAS COM VOZ		HOSPITAL DE HORIZONTE (HMVRS)	
IDENTIFICAÇÃO DA SOLUÇÃO			
NOME:			
ENFERMARIA:	LEITO:		
SOLUÇÃO:	ml		
ELETRÓLITOS:	ml		
ELETRÓLITOS:	ml		
DROGAS:	ml		
VAZÃO:	ml/h	gt/m	
DATA:	HORA:		
RESPONSÁVEL:			

 PREFEITURA DE HORIZONTE DE NÓS, TODAS COM VOZ		HOSPITAL DE HORIZONTE (HMVRS)	
IDENTIFICAÇÃO DA SOLUÇÃO			
NOME:			
ENFERMARIA:	LEITO:		
SOLUÇÃO:	ml		
ELETRÓLITOS:	ml		
ELETRÓLITOS:	ml		
DROGAS:	ml		
VAZÃO:	ml/h	gt/m	
DATA:	HORA:		
RESPONSÁVEL:			

 PREFEITURA DE HORIZONTE DE NÓS, TODAS COM VOZ		HOSPITAL DE HORIZONTE (HMVRS)	
IDENTIFICAÇÃO DA SOLUÇÃO			
NOME:			
ENFERMARIA:	LEITO:		
SOLUÇÃO:	ml		
ELETRÓLITOS:	ml		
ELETRÓLITOS:	ml		
DROGAS:	ml		
VAZÃO:	ml/h	gt/m	
DATA:	HORA:		
RESPONSÁVEL:			

 PREFEITURA DE HORIZONTE DE NÓS, TODAS COM VOZ		HOSPITAL DE HORIZONTE (HMVRS)	
IDENTIFICAÇÃO DA SOLUÇÃO			
NOME:			
ENFERMARIA:	LEITO:		
SOLUÇÃO:	ml		
ELETRÓLITOS:	ml		
ELETRÓLITOS:	ml		
DROGAS:	ml		
VAZÃO:	ml/h	gt/m	
DATA:	HORA:		
RESPONSÁVEL:			

 PREFEITURA DE HORIZONTE DE NÓS, TODAS COM VOZ		HOSPITAL DE HORIZONTE (HMVRS)	
IDENTIFICAÇÃO DA SOLUÇÃO			
NOME:			
ENFERMARIA:	LEITO:		
SOLUÇÃO:	ml		
ELETRÓLITOS:	ml		
ELETRÓLITOS:	ml		
DROGAS:	ml		
VAZÃO:	ml/h	gt/m	
DATA:	HORA:		
RESPONSÁVEL:			

 PREFEITURA DE HORIZONTE DE NÓS, TODAS COM VOZ		HOSPITAL DE HORIZONTE (HMVRS)	
IDENTIFICAÇÃO DA SOLUÇÃO			
NOME:			
ENFERMARIA:	LEITO:		
SOLUÇÃO:	ml		
ELETRÓLITOS:	ml		
ELETRÓLITOS:	ml		
DROGAS:	ml		
VAZÃO:	ml/h	gt/m	
DATA:	HORA:		
RESPONSÁVEL:			

085

COMISSÃO DE VIGILÂNCIA DE PREVENÇÃO DE HORIZONTE  
 PAGINA 666

SECRETARIA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE ZOOBIOTICIDADE  
667  
PAGINA  
A

O PERIGO É PARA TODOS.  
O COMBATE TAMBÉM.  
FAÇA SUA PARTE.

DENGUE, ZICA E  
CHIKUNGUNYA

Disque Endemias  
3336 6033



086

*(Handwritten mark)*



087



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE - SECRETARIA DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - IMUNIZAÇÃO E REDE DE FRIOS



HORIZONTE- CE      GELADEIRA      MÊS:      PERÍODO

DIA	HORA	MANHÃ				TARDE			
		MAXIMA	MINIMA	MOMENTO	ASS.	HORA	MAXIMA	MINIMA	MOMENTO
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									

ASS. ENF. RESPONSÁVEL:

ASS. TEC. RESPONSÁVEL:

OBSERVAÇÕES:





Centro de Atenção Psicossocial - CAPS AD  
 Rua Raimundo Nonato, Nº 60  
 Planalto - Horizonte-CE - Fone: 3336.6042

INDICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS (conferir disponibilidade do(a) usuário (a))

088

Não intensivo / Semi-intensivo / Intensivo

PLANO TERAPÊUTICO (selecione) DATA

Turno	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
MANHÃ					
TARDE					



PLANO TERAPÊUTICO (selecione) DATA

Turno	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
MANHÃ					
TARDE					

PLANO TERAPÊUTICO (selecione) DATA

Turno	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
MANHÃ					
TARDE					

PLANO TERAPÊUTICO (selecione) DATA

Turno	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
MANHÃ					
TARDE					

PLANO TERAPÊUTICO (selecione) DATA

Turno	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
MANHÃ					
TARDE					

PROFSSIONAL DE REFERÊNCIA



**INDICADORES DE MONITORAMENTO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO**

Nº Pront: \_\_\_\_\_

1- Nome da parturiente: \_\_\_\_\_

2- Idade: \_\_\_\_\_

3- Endereço: \_\_\_\_\_

**089**



4- PSF: \_\_\_\_\_

5- ACS: \_\_\_\_\_

6- Condição de União:  
 solteira  casada  união estável  
 divorciada  viúva

7- Escolaridade:  não alfabetizada  fundamental incompleto  fundamental completo  médio incompleto  médio completo  superior incompleto  superior completo

8- Procedência:  residência  via pública  
 transferência de outra unidade de saúde  
 encaminhada de outra maternidade

9- Meio de transporte:  meios próprios  transporte público  ambulância  outro: \_\_\_\_\_

10- Quantos serviços buscou antes da internação:  nenhum  01  02  03 ou mais  ignorado

11- Número de gestações: \_\_\_\_\_

12- Número de partos: \_\_\_\_\_

13- Número de abortos: \_\_\_\_\_

14- Nº de partos vaginais: \_\_\_\_\_

15- Número de cesáreas: \_\_\_\_\_

16- Data do último parto: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

17- Idade gestacional: \_\_\_\_\_

18- DUM: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

19- Gestante de risco:  não  
 sim - patologia: \_\_\_\_\_

20- Realizou pré-natal:  não  sim - número de consultas: \_\_\_\_\_

21- Mês que iniciou pré-natal: \_\_\_\_\_

22- Intercorrência na gestação:

nenhuma  infecção urinária não tratada  infecção urinária tratada  toxoplasmose  HIV  sífilis  
 hepatite B  infecção por Zika vírus - trimestre: \_\_\_\_\_  hipertensão  pré-eclâmpsia  eclâmpsia  
 diabetes  ameaça de TPP  ameaça de abortamento  outras: \_\_\_\_\_

23- Tipo de gestação:  
 única  gemelar  tripla ou mais

24- Apresentação feto 1:  cefálica  pélvica  transversa

25- Apresentação feto 2:  cefálica  pélvica  transversa

26- Início do TP:  
 espontâneo  induzido com misoprostol  induzido com ocitocina  
 sem trabalho de parto

27- Dilatação na admissão:  \_\_\_ cm  sem dilatação

28- Contrações na admissão:  não  sim

29- Membranas íntegras na admissão:  não  sim

30- Tempo de bolsa rota na admissão: \_\_\_ h \_\_\_ min

31- Partograma:  não  sim

32- BCF na admissão:  não  sim - quanto: \_\_\_ bpm

33- Venóclise:  não  sim

34- Jejum:  não  sim

35- Amniotomia:  não  
 sim - dilatação do colo: \_\_\_ cm

36- Uso de ocitocina:  
 não  1º estágio - dilatação   
2º estágio - expulsivo  3º estágio -  
delivramento

37- Uso de outra medicação durante TP:

não  antibiótico  sulfato de magnésio  hidralazina  
 não se aplica  outros: \_\_\_\_\_

38- Acompanhante durante TP:  
 não  companheiro  mãe  
 outro

39- Métodos não-farmacológicos de alívio da dor:

não  deambulação  chuveiro  massagem  compressa morna  bola suíça  cavalinho  exercícios pélvicos   
exercícios de respiração  vocalização  penumbra  não se aplica  outros: \_\_\_\_\_

40- Data do parto: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_

41- Tipo de parto:

vaginal  fórceps  cesárea intraparto  
 cesárea eletiva  cesárea com laqueadura tubárea





**42-Indicação de cesárea:**

- ( ) Pós datismo ( ) falha de indução do tp ( ) iteratividade ( ) apresentação pélvica/transversa  
( ) desproporção cefalopélvica ( ) parada de progressão do tp ( ) sofrimento fetal  
( ) pré-eclâmpsia grave ( ) macrosomia fetal ( ) não se aplica ( ) outra: \_\_\_\_\_

**43-Tipo de anestesia na cesárea:**

- ( ) raquidiana ( ) peridural ( ) geral

Anestesista: \_\_\_\_\_

**44-Profissional que atendeu o parto:**

- ( ) médico obstetra: \_\_\_\_\_  
( ) médico clínico geral: \_\_\_\_\_  
( ) enfermeiro: \_\_\_\_\_  
( ) outro: \_\_\_\_\_

**45-Local do parto:**

- ( ) sala de parto ( ) pré-parto ( ) admissão  
( ) centro cirúrgico ( ) domiciliar ( ) ambulância  
( ) outro: \_\_\_\_\_

**46-Acompanhante no parto:**

- ( ) não ( ) companheiro ( ) mãe ( ) outro

**47-Episiotomia:**

- ( ) não ( ) médio-lateral ( ) mediana  
( ) não se aplica

**48-Laceração espontânea:**

- ( ) não ( ) 1º grau ( ) 2º grau  
( ) 3º grau ( ) 4º grau

**49-Posição no expulsivo:**

- ( ) litotomia ( ) decúbito lateral esquerdo ( )  
sentada ( ) cócoras ( ) quatro apoios ( ) em pé  
( ) não se aplica ( ) outra: \_\_\_\_\_

**50-Manobra de Kristeller:**

- ( ) não  
( ) sim - profissional que realizou: \_\_\_\_\_

**51-Clampeamento do cordão umbilical:**

- ( ) imediato ( ) tardio - \_\_\_\_ min

**52-Contato pele-a-pele:**

- ( ) não - motivo: \_\_\_\_\_ ( ) sim - \_\_\_\_ min

**53-Amamentação na 1ª hora de vida:**

- ( ) não ( ) sim

**54-Aspiração de vias aéreas do RN:**

- ( ) não  
( ) sim - profissional que realizou: \_\_\_\_\_

**55-Apgar do RN: \_\_\_\_/\_\_\_\_**

**56- Pediatra no parto:**

- ( ) não ( ) sim - profissional: \_\_\_\_\_

**57-Intercorrências com a mãe:**

- ( ) não ( ) distocia de ombro ( ) pré-eclâmpsia  
( ) eclâmpsia ( ) hemorragia pós parto ( ) retenção  
placentária ( ) laceração perineal grave  
( ) outras: \_\_\_\_\_

**58-Intercorrências com o RN:**

- ( ) não ( ) reanimação neonatal ( ) síndrome da  
aspiração meconial ( ) oxigenoterapia ( ) icterícia  
( ) infecção neonatal ( ) prematuridade ( ) sífilis  
congenita ( ) microcefalia ( ) malformações  
congenitas ( ) isoimunização ( ) hipoglicemia  
( ) outras: \_\_\_\_\_

**59-Transferência materna:**

- ( ) não ( ) sim - motivo: \_\_\_\_\_

**60-Transferência do RN:**

- ( ) não ( ) sim - motivo: \_\_\_\_\_

**61-Resultado perinatal:**

- ( ) feto vivo ( ) óbito fetal antes da admissão  
( ) óbito fetal durante TP ( ) óbito na primeira hora  
de vida ( ) óbito após primeira hora de vida

**62-Acompanhante no pós-parto:**

- ( ) não ( ) companheiro ( ) mãe ( ) outro

**63-VDRL:** ( ) não reagente ( ) reagente - \_\_\_\_:

**64-Imunoglobulina Anti-Rh:** ( ) não ( ) sim

**65-Data da alta:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Enfermeiro durante TP:

Enfermeiro no parto:





PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE  
SECRETARIA DA SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAMUNDO DE SOUSA  
Rua Luiza Noronha, 45 - Zumbi - Horizonte - CE  
CEP. 62.880-000  
Fone: (85) 3336.6060 / Fax (85) 3336.6043



LAUDO COMPLEMENTAR PARA:

PACIENTE: \_\_\_\_\_

LEITO: \_\_\_\_\_ ENF: \_\_\_\_\_ Nº AIH \_\_\_\_\_

PROC. ANTERIOR: \_\_\_\_\_

PROC. SOLICITADO: \_\_\_\_\_



- MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
- DIÁRIA DE UTI
- DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- VACINA ANTI RH
- USO DE PRÓTESE, ÓRTESE
- USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
- USO DE OXIGENADORES
- NUTRIÇÃO PARENTERAL

- QUIMIOTERÁPICOS
- EXOSANQUINEO TRANSFUSÃO
- POLITRAUMATIZADOS
- CIRURGIA MÚLTIPLA
- MEDICAMENTO ESPECIAL
- DIÁRIA DO RECÉM NASCIDO
- 
- 

090

JUSTIFICATIVA

ASS. MÉDICO SOLICITADO  
CARIMBO

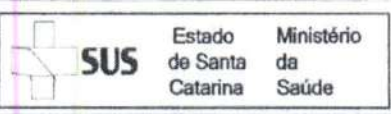
DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ CRM \_\_\_\_ CPF \_\_\_\_

AUDITOR

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ASSINATURA CPF  
CARIMBO





# LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
--	----------

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE	4 - Nº DO PROPRIETÁRIO		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	8 - RAÇA/COR/PAGINA
9 - NOME DA MãE	10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	11 - NOME DO RESPONSÁVEL	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	15 - (DDD) INIC. MUNICÍPIO	16 - UF	17 - CE



# 091

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTDE

## JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS			
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO			

## SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)
( ) CNS ( ) CPF	

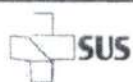
## AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
( ) CNS ( ) CPF		
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO	PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	CNES
---	------





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

092

2 - CNES

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PROFISSIONÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

( ) CNS ( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE 2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE 4 - N.º DO PROPRIETÁRIO 5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 6 - DATA DE NASCIMENTO 7 - SEXO 8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 9 - TELEFONE DE CASA 10 - N.º DO TELEFONE 11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 13 - UF 14 - CEP



PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 17 - QTOE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 20 - QTOE 21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 23 - QTOE 24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 26 - QTOE 27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 29 - QTOE 30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 32 - QTOE

093

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO 34 - CID10 PRINCIPAL 35 - CID10 SECUNDÁRIO 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS 37 - OBSERVAÇÕES

Handwritten signature

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO 40 - DOCUMENTO 41 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 42 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - COD. ORGÃO EMISSOR 45 - DOCUMENTO 46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) 49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO (APAC) 50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE 52 - CNES





Secretaria da Saúde  
de Horizonte

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE** *fis.2/2*  
**PROCEDIMENTO AMBULATORIAL - DADOS COMPLEMENTARES**

**1 ONCOLOGIA**

**IDENTIFICAÇÃO PATOLÓGICA DO CASO**

53 - Localização do tumor primário: \_\_\_\_\_

54 - CID-10 Topográfica: \_\_\_\_\_

55 - LINFONÓDOS REGIONAIS INVADIDOS:  SIM  NÃO  NÃO AVALIÁVEIS

56 - Localização de Metástase(s): \_\_\_\_\_

57 - Estádio(UICO): \_\_\_\_\_

58 - Estádio(outro sistema): \_\_\_\_\_

59 - Grupo Histopatológico: **PAGINA**

60 - Diagnóstico Cito: \_\_\_\_\_

61 - Data: \_\_\_\_\_

**1.1 QUIMIOTERAPIA**

62 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES):  SIM  NÃO

Tratamento(s) Anterior(es)	63 - Descrição	64 - Data de início
1°		/ /
2°		/ /
3°		/ /

TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global

65 - Continuidade de Tratamento:  NÃO  SIM

66 - Data de início do Tratamento Solicitado: / /

67 - ESQUEMA (Sigla ou abreviatura): \_\_\_\_\_

68 - N° Total de Meses Planejados: \_\_\_\_\_

69 - N° de Meses Autorizados: \_\_\_\_\_

**1.2 RADIOTERAPIA**

70 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES):  SIM  NÃO

Tratamento(s) Anterior(es)	71 - Descrição	72 - Data de início
1°		/ /
2°		/ /
3°		/ /

TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global

73 - Continuidade de Tratamento:  NÃO  SIM

74 - Data de Início do Tratamento Solicitado: / /

75 - Finalidade:  RADICAL  ADJUVANTE  ANTIÁLGICA  PALIATIVA  PRÉVIA  ANTIHEMORRÁGICA

ÁREA IRRADIADA

76 - CID Topográfico	77 - Descrição	78 - N° Campo/Incrções	79 - Data de Início	80 - Data de Término
	1		/ /	/ /
	2		/ /	/ /
	3		/ /	/ /

**2 NEFROLOGIA**

81 - PRIMEIRO ATENDIMENTO

DATA DA 1ª DIÁLISE REALIZADA: / /

Altura: \_\_\_\_\_ m

IMC(kg/m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Diurese: \_\_\_\_\_ ml

Glicose: \_\_\_\_\_ mg

Albumina: \_\_\_\_\_ %

Hb: \_\_\_\_\_ g%

ACesso VASCULAR:  Sim  Não

aa HIV:  Positivo  Negativo

BR HCV:  Positivo  Negativo

HBs Ag:  Positivo  Negativo

Ultrasonografia Abdominal:  Sim  Não

82 - SEGUIMENTO

TRU: \_\_\_\_\_

Inscrito na lista de CNCDO:  Sim  Não

Hb: \_\_\_\_\_ g%

Albumina: \_\_\_\_\_ g%

Intervenção de Fístula: \_\_\_\_\_ QTO

aa HIV:  Positivo  Negativo

aa HCV:  Positivo  Negativo

aa HBs:  Positivo  Negativo

**SOLICITAÇÃO**

**AUTORIZAÇÃO**

83 - ASSINATURA E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL SOLICITANTE

84 - ASSINATURA E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL AUTORIZADOR







85



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



**PREFEITURA DE**  
**HORIZONTE**  
 DE MÃOS DADAS COM VOCÊ.

**SECRETARIA**  
**DE**  
**SAÚDE**

**MAPA DE CONTRLE DE PEDIDOS**  
**CITOLÓGICOS**

095

UNIDADE: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELA COLETA: \_\_\_\_\_

Nº	NOME COMPLETO	IDADE	CNS	PROTOCOLO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: \_\_\_\_\_













PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE  
SECRETARIA DE SAÚDE

POLICLÍNICA

MAPA DIÁRIO DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL



Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Profissional: \_\_\_\_\_

Nº	Nome	Telefone	Gestante	Idade	Sexo	Diagnóstico	Em Relação ao diagnóstico		Procedimento
							1ª vez	SUS	



097

*(Handwritten signature)*



# MEDICACÃO DIÁRIA INDIVIDUAL

18/01

NOME:

PRONTUÁRIO:

MÊS:

/ 20

MEDICACÃO	DIAS																																
	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		
MANHÃ																																	
TARDE																																	
NÓITE																																	

098



32





**MONITORAMENTO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITO**

Nome: \_\_\_\_\_ Data do nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Laudo: \_\_\_\_\_ Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Especialidade solicitada: \_\_\_\_\_

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

DATA/HORA	TIPO DE CONTATO	ATENDENTE DA CENTRAL	RESPONSÁVEL PELO CONTATO	OBSERVAÇÕES



*(Handwritten signature)*









HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA  
CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO  
MONITORIZAÇÃO DE PROCESSOS DE ESTERILIZAÇÃO



EQUIPAMENTO N°	DADOS DO CICLO	INTEGRADOR QUÍMICO	DATA:	INDICADOR BIOLÓGICO			HORA / RESPONSÁVEL		DESCRIÇÃO DO MATERIAL
				PROCESSADO RÓTULO	COMPARATIVO RÓTULO	INCUBAÇÃO	ASSINATURA		
	LOTE: _____ INÍCIO: _____ FIM: _____ TEMPERATURA: _____ PRESSÃO: _____ DURAÇÃO: _____ ITENS: _____ OPERADOR: _____	COLAR INTEGRADOR		PROCESSADO RÓTULO RESULTADO ( )	COMPARATIVO RÓTULO RESULTADO ( )	INCUBAÇÃO LEITURA	ASS		
	LOTE: _____ INÍCIO: _____ FIM: _____ TEMPERATURA: _____ PRESSÃO: _____ DURAÇÃO: _____ ITENS: _____ OPERADOR: _____	COLAR INTEGRADOR		PROCESSADO RÓTULO RESULTADO ( )	COMPARATIVO RÓTULO RESULTADO ( )	INCUBAÇÃO LEITURA	ASS		

100











Dados Operacionais

[Empty box for operational data]

CNES do Estabelecimento

[Empty box for CNES]

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

[Empty box for name of establishment]

UF

[Empty box for UF]

MÊS ANO

[Empty boxes for month and year]



Cirurgia			
PROCEDIMENTO	CÓDIGO PROCEDIMENTO	CBO	QUANTIDADE
ATEND. DE URGÊNCIA( INCLUI PRESCRIÇÃO)	03.01.06.003-7	223268	
RETORNO	03.01.01.003-0	223268	
FRENECTOMIA	04.01.01.008-2	223268	
EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO	04.04.02.009-7	223268	
REMOÇÃO DE DENTE RETI./INCL./IMPAC	04.14.02.027-8	223268	
REEMPLANTE E TRANSP. DENT. POR ELEM.	04.14.02.024-3	223268	
DRENAGEM DE ABCESSO BOCA E ANEXOS	04.04.02.005-4	223268	
TRAT. CIR. P/ TRACIONAMENTO DENTAL	04.14.02.036-7	223268	
TRAT. DE ALVEOLITE	04.14.02.038-3	223268	
MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS	04.14.02.020-0	223268	
ODONTOSECÇÃO RAD./TÚNEL	04.14.02.021-9	223268	
REMOÇÃO DE SUTURA	03.01.10.015-2	223268	
APICECTOMIA C/ OU S/ OBT.	04.14.02.002-2	223268	
CORREÇÃO DE IRRE. DE REBORDO ALV.	04.14.02.005-7	223268	
BIOPSIA DE TEC. MOLES DA BOCA	02.01.01.052-6	223268	
BIOPSIA DE GLAND. SALIVAR	02.01.01.023-2	223268	
EXÊRESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO ODONTOGÊNICO	04.14.01.036-1	223268	
RX INTERPROXIMAL	02.04.01.021-7	223268	
RX PERIAPICAL	02.04.01.022-5	223268	
INCISÃO DE CAL. DE GLÂND. SALIVAR	04.14.01.034-5	223268	
INCISÃO DE RÂNULA	04.04.02.008-9	223268	
EXOD. MÚLTIPLA C/ ALVEOLOP. POR SEXT.	04.14.02.014-6	223268	
REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTÓSE	04.14.02.029-4	223268	
TRAT. CIR. ORAL HEMORRA. BUCO DENTAL	04.14.02.035-9	223268	
TOTAL			

Formalização

<p>RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)</p> <p>CARIMBO _____ RUBRICA _____</p> <p>DATA: ___/___/___</p>	<p>GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL</p> <p>CARIMBO _____ RUBRICA _____</p> <p>DATA: ___/___/___</p>
---	---







Dados Operacionais

\_\_\_\_\_

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

UF

\_\_\_\_\_

MÊS

ANO

--	--	--	--	--	--



**DENTÍSTICA / ODONTOPEDIATRIA / PNE**

PROCEDIMENTO	CÓDIGO PROCEDIMENTO	CBO	QUANTIDADE
URGÊNCIA (INCLUI PRESCRIÇÃO)	03.01.06.003-7	223208/223236/223288	
APLICAÇÃO DE FLÚOR	01.01.02.007-4	223208/223236/223288	
APLICAÇÃO DE SELANTE	01.01.02.006-6	223208/223236/223288	
RETORNO	03.01.01.003-0	223208/223236/223288	
PROFILAXIA	03.07.03.004-0	223208/223236/223288	
RASPAGEM SUPRAGENGIVAIS	03.07.03.005-9	223208/223236/223288	
RASPAGEM SUB. (POR SEXT.)	03.07.03.002-4	223208/223236/223288	
SELAMENTO PROVISÓRIO (IRM)	01.01.02.009-0	223208/223236/223288	
CAPEAMENTO PULPAR	03.07.01.001-5	223208/223236/223288	
REST. DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA	03.07.01.008-2	223208/223236/223288	
REST. DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM AMÁLGA	03.07.01.009-0	223208/223236/223288	
REST. DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO	03.07.01.010-4	223208/223236/223288	
REST. DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA	03.07.01.011-2	223208/223236/223288	
REST. DENTE PERMANENTE ANTERIOR	03.07.01.003-1	223208/223236/223288	
REST. DE DENTE PERMAN. POSTER. COM RESINA COMPOSTA	03.07.01.012-0	223208/223236/223288	
REST. DE DENTE PERMAN. POSTERIOR COM AMÁLGA	03.07.01.013-9	223208/223236/223288	
ACESSO E MEDICAÇÃO	03.07.02.001-0	223208/223236/223288	
PULPOTOMIA DENTÁRIA	03.07.02.007-0	223208/223236/223288	
CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO	03.07.02.002-9	223208/223236/223288	
EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	04.14.02.012-0	223208/223236/223288	
EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE ( INCLUI SUTURA)	04.14.02.013-8	223208/223236/223288	
REMOÇÃO DE SUTURA	03.01.10.015-2	223208/223236/223288	
TRAT. DE ALVEOLITE	04.14.02.038-3	223208/223236/223288	
TRAT. CIRURG. HEMORRAGIA BUCO-DENTAL	04.14.02.035-9	223208/223236/223288	
ULOTOMIA/ULECTOMIA	04.14.02.040-5	223208/223236/223288	
DRENAGEM DE ABCESSO	04.01.01.003-1	223208/223236/223288	
GENGIVECTOMIA	04.14.02.015-4	223208/223236/223288	
RX INTERPROXIMAL	02.04.01.021-7	223208/223236/223288	
RX PERIAPICAL	02.04.01.022-5	223208/223236/223288	
<b>TOTAL</b>			

**Formalização**

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

DATA: / /

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA: / /