



DECLARAÇÃO DE NÃO-ACUMULAÇÃO DE CARGOS, FUNÇÕES OU EMPREGOS PÚBLICOS

Pelo presente documento, eu _____
portador da Carteira de Identidade Nº _____, Órgão expedidor:
_____, inscrito no Cadastro de Pessoa Física - CPF sob o nº
_____, residente e domiciliado à
_____, Nº _____, Bairro:
_____, Município: _____, Estado do Ceará,

DECLARO para fins de nomeação, posse e exercício no Cargo/Função de _____ da Prefeitura Municipal de Horizonte, que não exerço nenhum cargo, função ou emprego público nas esferas Federal, Estadual e Municipal, inacumulável com o cargo/função em que tomarei posse, em consonância com o disposto nos incisos XVI e XVII do art. 37 da Constituição Federal e incisos XV e XVI do art. 154 da Constituição Estadual, estando ciente de que a prestação de informações falsas está sujeita às penalidades previstas no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Horizonte-CE, _____ de _____ de _____

Assinatura do Servidor



056

**DECLARAÇÃO NEGATIVA DE UNIÃO ESTÁVEL
(LAQUEADURA/VASECTOMIA)**

Eu _____, brasileiro(a), estado civil solteiro(a), portador(a) da cédula de identidade RG: _____ e inscrito(a) no CPF: _____, Cartão Nacional do SUS _____, declaro para fins de Vasectomia/Laqueadura, que não me encontro em sociedade conjugal: casamento ou união estável na presente data.

Assinatura

Testemunha

Nome: _____ idade: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Assinatura

Horizonte, _____ de _____ de 20____

Responsável pelo atendimento



PREFEITURA DE HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ.



DECLARAÇÃO

057

Declaro para os devidos fins que o paciente, _____, ID _____, esteve presente a esta unidade de saúde, POLICLÍNICA, para _____

Horizonte, ____ de ____ de ____



Assinatura e Carimbo

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE • SECRETARIA DE SAÚDE
Av. Presidente Castelo Branco • nº 3600 • Centro • CEP: 62880-333 • CNPJ: 23.555.196/0001-86 • Fone: 3336.6050



Secretaria da Saúde de Horizonte
Hospital e Maternidade Venâncio
Raimundo de Sousa

Serviço Social

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA A

SOLICITAÇÃO DE LAQUEADURA E VASECTOMIA

- Cópia e original do cartão do sus
- Cópia e original de documento com foto do (a) paciente e do companheiro(a) (rg,ctps,cnh)
- Cópia e original do CPF
- Cópia e original da certidão de nascimento ou rg dos filhos
- Cópia e original da certidão de casamento (se casado)
- Cópia e original de comprovante de residência atualizado
- Cópia e original do cartão do pré-natal

Observação: se casado ou união estável
Comparecer com o esposo/companheiro
Para atendimento no serviço social.
Atendimento todos os dias a partir de 10 horas.



058



**PREFEITURA DE
HORIZONTE**
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ
Secretaria de Planejamento
e Administração



059

DOCUMENTOS PARA ADMISSÃO

Comunicamos que todos os admitidos deverão apresentar fotocópias dos documentos abaixo relacionados:

Cópias

- Carteira de Identidade;
- Título de eleitor bem como comprovante de estar em dia com a Justiça Eleitoral;
- Certificado de reservista para o candidato do sexo masculino;
- Certidão de Nascimento dos filhos que possuir;
- Certidão de Nascimento ou da Certidão de Casamento;
- Cartão do CPF, com as copias das certidões negativas (Débitos da união, estadual e trabalhista);
- Registro Profissional;
- Cartão do PIS/PASEP;
- Carteira de Trabalho – (CTPS);
- Carteira de Habilitação (somente para motoristas).
- Comprovante de residência;
- Declaração de não cumulatividade de cargo público;
- Declaração de bens;
- 01 (uma) foto 3x4, recente;
- Comprovante de aptidão física e mental a ser expedida pelo profissional de medicina indicado pelo Município de Horizonte (original);
- Apresentar folha corrida expedida pelo Órgão competente (original);
- Apresentar exame de laringoscopia com laudo (somente para professores);

OBS 1: Para requerimento de Salário-família, o servidor terá que anexar à Certidão de Nascimento do(s) filho(s) a documentação abaixo e assinar na Coordenadoria de Recursos Humanos os formulários para concessão do benefício:

- Crianças até 06 (seis) anos de idade Cartão de Vacinação;
- Crianças de 07 (sete) à 14 (catorze) anos de idade Declaração da Escola em que a criança está matriculada.

OBS 2: Certidão de Nascimento do(s) filho(s) e CPF dos mesmos para preencher junto à Coordenadoria de Gestão de Pessoas Ficha de dependente(s) para fins previdenciários e IRRF.

ESCLARECIMENTO PRÉ-OPERATÓRIO



Paciente:

Médico assistente: Dr. Andre Carvalho Schlachter

Cirurgia Proposta: **Colpoperineoplastia**

060

Declaro que:

- 1- Estou ciente que estarei sendo submetido à anestesia para o procedimento referenciado, na data e hospital designados, de acordo com a escolha que o especialista em anestesia julgar adequada para mim;
- 2- Que a cirurgia proposta pode sofrer modificações após anestesia e em decorrência de novos achados ou intercorrências, incluindo a necessidade de uma nova cirurgia;
- 3- Que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato cirúrgico em questão, através da explanação que foi prestada pelo Médico que me (o) examinou, tendo tido a oportunidade de receber esclarecimentos, e todas as informações necessárias a minha perfeita compreensão dos aspectos ligados ao ato cirúrgico ao qual submeter-me-ei;
- 4- Que reconheço que o(s) Médico(s) que realizará(ão) a cirurgia exerce(m) atividade de meio, ou seja, prestará seu(s) serviço(s) da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos;
- 5- Que, a fim de prevenir e afastar eventuais problemas, foram prestadas ao Médico que me(o) examinou todas as informações relativas às condições médicas, físicas e psicológicas de minha pessoa, sem ocultar qualquer fato ou elemento;
- 6- Que a colpoperineoplastia não esta isenta de complicações. De forma excepcional pode complicar com: infecção de urina; retenção de urina; abscesso na zona da ferida cirúrgica; hematoma na zona da ferida cirúrgica; deiscência nas suturas realizadas na intervenção; lesões de bexiga, uretra, uréter e reto; flebites e tromboflebites; embolia pulmonar.
- 7- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital da paciente
- 8- Que meu internamento no hospital referenciado deu-se por livre e espontânea vontade, e que tenho conhecimento que o(s) Médico(s) apenas se responsabiliza(m) pelos procedimentos de sua especialidade;

A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do Declarante _____

ESCLARECIMENTO PRÉ-OPERATÓRIO



Paciente:

Médico assistente:

061

Cirurgia Proposta: **Histerectomia Abdominal**

Declaro que:

- 1- Estou ciente que estarei sendo submetido à anestesia para o procedimento referenciado, na data e hospital designados, de acordo com a escolha que o especialista em anestesia julgar adequada para o mim;
- 2- Que a cirurgia proposta pode sofrer modificações após anestesia e em decorrência de novos achados ou intercorrências, incluindo a necessidade de uma nova cirurgia;
- 3- Que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato cirúrgico em questão, através da explanação que foi prestada pelo Médico que me (o) examinou, tendo tido a oportunidade de receber esclarecimentos, e todas as informações necessárias a minha perfeita compreensão dos aspectos ligados ao ato cirúrgico ao qual submeter-me-ei;
- 4- Que reconheço que o(s) Médico(s) que realizará(ão) a cirurgia exerce(m) atividade de meio, ou seja, prestará seu(s) serviço(s) da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos;
- 5- Que, a fim de prevenir e afastar eventuais problemas, foram prestadas ao Médico que me(o) examinou todas as informações relativas às condições médicas, físicas e psicológicas de minha pessoa, sem ocultar qualquer fato ou elemento;
- 6- Que a histerectomia não esta isenta de complicações. De forma excepcional pode complicar com: lesão de bexiga e/ou de alças intestinais, sendo necessário o concurso de cirurgião especializado; hematoma pós-operatório, isto é, acúmulo de sangue no local cirúrgico, devendo ser feito uma drenagem cirúrgica; Infecção pós-operatórias, locais e sistêmica que às vezes requerem drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos; deiscência (abertura dos pontos) da ferida operatória com a perda dos pontos dados, havendo algumas vezes necessidade de nova anestesia para refazer os pontos que abriram; dores lombares devido à posição cirúrgica; trombose venosa dos membros inferiores; quelóides (cicatriz espessa e dolorida) e retração cicatricial; parestesias nos membros inferiores; formação de fistulas ginecológicas; vagina curta com dificuldade para ter relação sexual.
- 7- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital da paciente
- 8- Que meu internamento no hospital referenciado deu-se por livre e espontânea vontade, e que tenho conhecimento que o(s) Médico(s) apenas se responsabiliza(m) pelos procedimentos de sua especialidade;

A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos.

Horizonte, Ceará, ____/____/____

Assinatura do Declarante _____

ESCLARECIMENTO PRÉ OPERATÓRIO

062



Paciente:

Médico: Cícero Emerson F. Tavares

Cirurgia Proposta: Ooforectomia / Ooforoplastia

Declaro que:

- 1- Estou ciente que estarei sendo submetido à anestesia para o procedimento referenciado, na data e hospital designados, de acordo com a escolha que o especialista em anestesia julgar adequada para mim;
- 2- Que a cirurgia proposta pode sofrer modificações após anestesia e em decorrência de novos achados ou intercorrências, incluindo a necessidade de uma nova cirurgia;
- 3- Que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato cirúrgico em questão, através da explanação que foi prestada pelo médico que me (o) examinou, tendo tido a oportunidade de receber esclarecimentos, e todas as informações necessárias a minha perfeita compreensão dos aspectos ligados ao ato cirúrgico ao qual submeter-me-ei;
- 4- Que reconheço que o (s) médico (s) que realizará (ão) a cirurgia exerce (m) atividade meio, ou seja, prestará seu (s) serviços (s) da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos;
- 5- Que, a fim de prevenir e afastar eventuais problemas, foram prestadas ao Médico que me (o) examinou todas as informações relativas às condições médicas, físicas e psicológicas de minha pessoas, sem ocultar qualquer fato ou elemento;
- 6- Que a ooforectomia não está isenta de complicações. De forma excepcional pode complicar com: lesão de bexiga e/ou de alças intestinais, sendo necessário o concurso de cirurgião especializado; hematoma pós operatório, isto é, acúmulo de sangue no local cirúrgico, devendo ser feito uma drenagem cirúrgica; Infecção pós operatórias, locais e sistêmicas que às vezes requerem drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos; deiscência (abertura dos pontos) da ferida operatória com perda dos pontos dados, havendo algumas vezes necessidade de nova anestesia para refazer os pontos que abriam; dores lombares devido à posição cirúrgica; parestesias nos membros inferiores;
- 7- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital da paciente.
- 8- Que meu internamento no hospital referenciado deu-se por livre e espontânea vontade, e que tenho conhecimento que o (os) Médico(os) apenas se responsabiliza (m) pelos procedimentos de sua especialidade;

A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos.

Horizonte, ____/____/____

Assinatura do Declarante _____

ESCLARECIMENTO PRÉ-OPERATÓRIO



Paciente:

Médico assistente: Dr. Andre Carvalho Schlachter

Cirurgia Proposta: **SLING**

063

Declaro que:

- 1- Estou ciente que estarei sendo submetido a anestesia para o procedimento referenciado, na data e hospital designados, de acordo com a escolha que o especialista em anestesia julgar adequada para o mim;
 - 2- Que a cirurgia proposta pode sofrer modificações após anestesia e em decorrência de novos achados ou intercorrências, incluindo a necessidade de uma nova cirurgia;
 - 3- Que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato cirúrgico em questão, através da explanação que foi prestada pelo Médico que me (o) examinou, tendo tido a oportunidade de receber esclarecimentos, e todas as informações necessárias a minha perfeita compreensão dos aspectos ligados ao ato cirúrgico ao qual submeter-me-ei;
 - 4- Que reconheço que o(s) Médico(s) que realizará(ão) a cirurgia exerce(m) atividade de meio, ou seja, prestará seu(s) serviço(s) da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos;
 - 5- Que, a fim de prevenir e afastar eventuais problemas, foram prestadas ao Médico que me(o) examinou todas as informações relativas às condições médicas, físicas e psicológicas de minha pessoa, sem ocultar qualquer fato ou elemento;
 - 6- Que o SLING não está isento de complicações. De forma excepcional pode complicar com: infecção de urina; retenção de urina; abscesso na zona da ferida cirúrgica; hematoma na zona da ferida cirúrgica; deiscência nas suturas realizadas na intervenção; lesões de bexiga, uretra e uréter; flebites e tromboflebites; embolia pulmonar.
 - 7- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital da paciente
 - 8- Que meu internamento no hospital referenciado deu-se por livre e espontânea vontade, e que tenho conhecimento que o(s) Médico(s) apenas se responsabiliza(m) pelos procedimentos de sua especialidade;
- A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos.

Fortaleza _____ de _____ de _____

Assinatura do Declarante _____



PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SECRETARIA
DA SAÚDE



ESQUEMA DE MEDICAÇÃO
CAPS

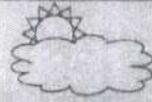
064

ESQUEMA DE MEDICAÇÃO
CAPS

NOME: _____

DATA: _____

PRONT.: _____

MEDICAÇÃO	MANHÃ	TARDE	NOITE
			



(Handwritten mark)

<p>MS/DENGUE/ENTOMOLOGIA</p> <p>Nº da Amostra: _____ Estrato: _____</p> <p>Município: HORIZONTE</p> <p>Localidade: _____</p> <p>Sem.: _____ Equipe: _____</p> <p>Quart: Nº _____ Tipo _____</p> <p>Rua: _____</p> <p>Depósito/Cod.: _____</p> <p>Nº de Larvas: _____ Nº de Pupas _____</p> <p>ACE: _____ ACS: _____</p> <p>ESF: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Laboratório: Nº de Larvas/Pupas _____</p> <p>Ae. aegypti: larvas _____ pupas _____</p> <p>Ae. albopictus: larvas _____ pupas _____</p> <p>Outros: larvas _____ pupas _____</p>	<p>MS/DENGUE/ENTOMOLOGIA</p> <p>Nº da Amostra: _____ Estrato: _____</p> <p>Município: HORIZONTE</p> <p>Localidade: _____</p> <p>Sem.: _____ Equipe: _____</p> <p>Quart: Nº _____ Tipo _____</p> <p>Rua: _____</p> <p>Depósito/Cod.: _____</p> <p>Nº de Larvas: _____ Nº de Pupas _____</p> <p>ACE: _____ ACS: _____</p> <p>ESF: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Laboratório: Nº de Larvas/Pupas _____</p> <p>Ae. aegypti: larvas _____ pupas _____</p> <p>Ae. albopictus: larvas _____ pupas _____</p> <p>Outros: larvas _____ pupas _____</p>	<p>MS/DENGUE/ENTOMOLOGIA</p> <p>Nº da Amostra: _____ Estrato: _____</p> <p>Município: HORIZONTE</p> <p>Localidade: _____</p> <p>Sem.: _____ Equipe: _____</p> <p>Quart: Nº _____ Tipo _____</p> <p>Rua: _____</p> <p>Depósito/Cod.: _____</p> <p>Nº de Larvas: _____ Nº de Pupas _____</p> <p>ACE: _____ ACS: _____</p> <p>ESF: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Laboratório: Nº de Larvas/Pupas _____</p> <p>Ae. aegypti: larvas _____ pupas _____</p> <p>Ae. albopictus: larvas _____ pupas _____</p> <p>Outros: larvas _____ pupas _____</p>
<p>MS/DENGUE/ENTOMOLOGIA</p> <p>Nº da Amostra: _____ Estrato: _____</p> <p>Município: HORIZONTE</p> <p>Localidade: _____</p> <p>Sem.: _____ Equipe: _____</p> <p>Quart: Nº _____ Tipo _____</p> <p>Rua: _____</p> <p>Depósito/Cod.: _____</p> <p>Nº de Larvas: _____ Nº de Pupas _____</p> <p>ACE: _____ ACS: _____</p> <p>ESF: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Laboratório: Nº de Larvas/Pupas _____</p> <p>Ae. aegypti: larvas _____ pupas _____</p> <p>Ae. albopictus: larvas _____ pupas _____</p> <p>Outros: larvas _____ pupas _____</p>	<p>MS/DENGUE/ENTOMOLOGIA</p> <p>Nº da Amostra: _____ Estrato: _____</p> <p>Município: HORIZONTE</p> <p>Localidade: _____</p> <p>Sem.: _____ Equipe: _____</p> <p>Quart: Nº _____ Tipo _____</p> <p>Rua: _____</p> <p>Depósito/Cod.: _____</p> <p>Nº de Larvas: _____ Nº de Pupas _____</p> <p>ACE: _____ ACS: _____</p> <p>ESF: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Laboratório: Nº de Larvas/Pupas _____</p> <p>Ae. aegypti: larvas _____ pupas _____</p> <p>Ae. albopictus: larvas _____ pupas _____</p> <p>Outros: larvas _____ pupas _____</p>	<p>MS/DENGUE/ENTOMOLOGIA</p> <p>Nº da Amostra: _____ Estrato: _____</p> <p>Município: HORIZONTE</p> <p>Localidade: _____</p> <p>Sem.: _____ Equipe: _____</p> <p>Quart: Nº _____ Tipo _____</p> <p>Rua: _____</p> <p>Depósito/Cod.: _____</p> <p>Nº de Larvas: _____ Nº de Pupas _____</p> <p>ACE: _____ ACS: _____</p> <p>ESF: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Laboratório: Nº de Larvas/Pupas _____</p> <p>Ae. aegypti: larvas _____ pupas _____</p> <p>Ae. albopictus: larvas _____ pupas _____</p> <p>Outros: larvas _____ pupas _____</p>
<p>MS/DENGUE/ENTOMOLOGIA</p> <p>Nº da Amostra: _____ Estrato: _____</p> <p>Município: HORIZONTE</p> <p>Localidade: _____</p> <p>Sem.: _____ Equipe: _____</p> <p>Quart: Nº _____ Tipo _____</p> <p>Rua: _____</p> <p>Depósito/Cod.: _____</p> <p>Nº de Larvas: _____ Nº de Pupas _____</p> <p>ACE: _____ ACS: _____</p> <p>ESF: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Laboratório: Nº de Larvas/Pupas _____</p> <p>Ae. aegypti: larvas _____ pupas _____</p> <p>Ae. albopictus: larvas _____ pupas _____</p> <p>Outros: larvas _____ pupas _____</p>	<p>MS/DENGUE/ENTOMOLOGIA</p> <p>Nº da Amostra: _____ Estrato: _____</p> <p>Município: HORIZONTE</p> <p>Localidade: _____</p> <p>Sem.: _____ Equipe: _____</p> <p>Quart: Nº _____ Tipo _____</p> <p>Rua: _____</p> <p>Depósito/Cod.: _____</p> <p>Nº de Larvas: _____ Nº de Pupas _____</p> <p>ACE: _____ ACS: _____</p> <p>ESF: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Laboratório: Nº de Larvas/Pupas _____</p> <p>Ae. aegypti: larvas _____ pupas _____</p> <p>Ae. albopictus: larvas _____ pupas _____</p> <p>Outros: larvas _____ pupas _____</p>	<p>MS/DENGUE/ENTOMOLOGIA</p> <p>Nº da Amostra: _____ Estrato: _____</p> <p>Município: HORIZONTE</p> <p>Localidade: _____</p> <p>Sem.: _____ Equipe: _____</p> <p>Quart: Nº _____ Tipo _____</p> <p>Rua: _____</p> <p>Depósito/Cod.: _____</p> <p>Nº de Larvas: _____ Nº de Pupas _____</p> <p>ACE: _____ ACS: _____</p> <p>ESF: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Laboratório: Nº de Larvas/Pupas _____</p> <p>Ae. aegypti: larvas _____ pupas _____</p> <p>Ae. albopictus: larvas _____ pupas _____</p> <p>Outros: larvas _____ pupas _____</p>



APÓS O TÉRMINO DA
TRANSFUSÃO,
COLE AQUI
A ETIQUETA DE TRANSFUSÃO

APÓS O TÉRMINO DA
TRANSFUSÃO,
COLE AQUI
A ETIQUETA DE TRANSFUSÃO

Handwritten signature

APÓS O TÉRMINO DA
TRANSFUSÃO,
COLE AQUI
A ETIQUETA DE TRANSFUSÃO

APÓS O TÉRMINO DA
TRANSFUSÃO,
COLE AQUI
A ETIQUETA DE TRANSFUSÃO

DATA

HISTORIA ATUAL DA DOENÇA



Handwritten mark resembling a stylized 'D' or '2'.



CEO Horizonte

DENTISTA: _____

NOME: _____

DATA: __/__/__

HORA: _____

CHEGAR 10 MIN ANTES DO HORÁRIO AGENDADO
TRAZER ESCOVA DE DENTE

069

(Handwritten mark)

070

ESF _____

DENTISTA: _____

NOME: _____

DATA: __/__/__

HORA: _____

CHEGAR 10 MIN ANTES DO HORÁRIO AGENDADO
TRAZER ESCOVA DE DENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAÚDE

FICHA DE DIAGNÓSTICO



NOME	ENF.
------	------

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	071	CÓD. SSM
------------------------	-----	----------

DIAGNÓSTICO INICIAL

MOLÉSTIAS SECUNDÁRIAS

EVOLUÇÃO E DURAÇÃO

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL

ANTECEDENTES INDIVIDUAIS

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS

HÁBITOS

INTERROGATÓRIOS SOBRE ÓRGÃO E SISTEMAS

EXAME FÍSICO



(Handwritten mark)

OBSERVAÇÕES

HORIZONTE _____ DE _____ DE 200

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
 SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO
 HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
 Rua Luiza Maria Noronha nº 45, Zumbi - Horizonte - Ce
 CEP: 62880-000 - Fone: (88) 3336.6060



01 - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DA PARTURIENTE

073



Nome: _____

Filiação: Pai: _____

Mãe: _____

Nascido em: ____/____/____ Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Profissão: _____ Estado Civil: _____

Residência: _____

Cidade: _____

Agente de Saúde:- _____

02 - IMPRESSÃO DIGITAL DA GENITORA

POLEGAR ESQUERDO

POLEGAR DIREITO

03 - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL
 (Quando a mãe for adolescente e solteira)

Nome: _____

Doc Identidade: _____

Assinatura:.....



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
Rua Luiza Maria Noronha nº 45, Zumbi - Horizonte - Ce
CEP: 62880-000 - Fone: (88) 3336.6060



04 - DADOS NEONATOLÓGICOS

Nome da Criança: _____

Data do Nasc.: _____ Hora: _____ Sexo: _____ Cor: _____

Peso _____ Estatura _____ Per. Cef.: _____ Per. Tor.: _____

Tipo de Parto: _____ Rh Materno: _____ Rh Fetal: _____

Apagar: _____ 1º minuto _____ 5º minuto: _____

Observações: _____

Diagnóstico: _____

Pediatria: _____ Assinatura: _____



05 - IMPRESSÃO PLANTAR DA CRIANÇA

PÉ ESQUERDO

PE DIREITO



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE - CE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA

(MATRIZ) RN

FIGHA DE RECÉM NASCIDO

PRONTUARIO



RN DE _____ IDADE _____ COR _____

PRÉ-NATAL SIM () NÃO () Grupo Sanguíneo _____ RH _____

1-ANAMNESE FAMILIAR: (Alergia, Diabetes, Mal Formação, Tuberculose, Sistema Nervoso, Glândulas, Hemopatias, Cegueira, Consanguinidades.

_____ **074**

2-HISTÓRIA OBSTÉTRICA. Gest. _____ Partu _____ Aborto _____

Tipo de Partos: N _____ F _____ Ce _____ Pe _____ Face _____ Outros _____

Gemelar _____ Mal formação _____ Partos Prematuros Nº _____ Peso _____

Nat. Mortos Nº _____ Causas _____

Filhos Vivos: Peso ao nascer em ordem: _____

Filhos Mortos: Causas e Época Peso ao Nascer: _____

Abortos: Causas _____

Curetagens Uterinas _____ Transusão de Sangue _____ Sorologia _____

3- GESTAÇÃO ATUAL (Hemorragia, Infecção, irradiação, início, Pré-Natal, Medicamentos, Fumo, Alcool, Drogas, Toxemia).

Ex. Laboratório, Primeiros Movimentos Fetais, Etc. _____

Data da Última Regra _____ Duração de Gestação _____ Semanas _____ Dias _____

Data Provável do Parto _____

4- TRABALHO DE PARTO: Ruptura da Bolsa das Águas _____ Líquido Amniótico _____

Duração _____ Expulsão _____ Sofrimento Fetal _____ Medicamentos (h. Antes) _____

Anestesia _____ Data Nascimento _____ Hora _____

Parto (Dirigido, Induzido, Espontâneo, Operatório) _____

Apresentação _____ Condição ao Nascer (Boas, Cianose, Mecônio) _____

Morte Aparente _____

ÍNDICE DE APGAR: 1 _____ 5 _____, Aspiração (Tipo Resultado) _____

Reanimação. Tipo Duração _____ Antes do 1º Movimento Respiratório _____

Respiração em _____ Normal em _____

Choro _____ Ligadura do Cordão _____ Credê _____

Placenta (Peso, Anomania) _____ Cordão (Comprimento, Circular, Nº Batimentos _____

Tardios, Anomalias, Etc.) _____

Observação: _____

5- EXAMES FÍSICO REALIZADO: _____

Sexo _____ Peso _____ Esq. _____ PC _____ TP _____

REFLEXO VERMELHO: NORMAL ALTERADO

O.D () ()

O.E () ()

TESTE DO CORAÇÃO: MSD _____

MID _____

MÉDICO ():

NORMAL () ALTERADO ()

ASPECTO GERAL



Pele Vermix _____

Cabeça _____

Olhos _____

Nariz _____

Ouvidos _____

Boca _____

Garganta _____

Pescoço _____

Gânglios _____

Tórax _____

Ap. Respiratório _____

Ap. Circulatório _____

Abdomen-colo _____

Fígado _____

Baço - Rins _____

Ânus _____

Genitálias _____

Extremidades _____

Sistema Nervoso _____

Urina _____

Eliminou Mecônio _____

6 - Impressão diagnóstica _____

DATA _____ / _____ / _____

Médico



PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ.

FICHA DE REFERÊNCIA



Unidade de Origem: _____
Destino Sanitário: _____ Município: _____

1. Preencher esta ficha em três vias
2. Ao término a consulta ou tratamento, entregue 2 vias ao usuário, orientando-o para retomar com a 1ª via à Unidade de origem.

Nome: _____ Prontuário: _____
Sexo: M F Data de Nascimento: ___/___/___ Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ Fone () _____



Motivo do encaminhamento: _____

Resultado de Exames: _____ **075**

Conduta já realizada: _____
Impressão diagnóstica: _____

Ass. do encaminhado _____ Função _____ Data _____ Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
Procedimento: _____ Profissional: _____
Unidade de referência: _____ Data: ___/___/___ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário nº: _____ Alta: ___/___/___

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____
Diagnóstico: Principal : _____ CID: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de conduta para Segmento: _____

O problema justificou a referência? S N O motivo da referência coincide com o diagnóstico? S N

MATERIAL E MEDICAMENTOS GASTOS EM SALA CIRÚRGICA

MEDICAMENTOS					
Nome	Unid.	Qtde.	Nome	Unid.	Qtde.
Adrenalina	Amp.		Hydrocortisona	F.A.	
Agua destilada	ml/amp		Ipsilon	F.A.	
Alfentanil	mcg/amp		Isossorbina	CP	
Aminofilina			Ketamina	ml	
Amiodarona	mg/amp		Lidocaina	ml	
Atracúrio	mg/amp		Lidocaina	ml	
Atropina	mg/amp		Lidocaina pesada 2%	Amp.	
Bromopina			Levobupivacaina	ml	
Bicarbonato de Sódio			Metoclopramida	Amp.	
Bupivacaina	% c/adr.		Metronizadol	F.A.	
Bupivacaina 0,5%(Isobárica)			Midazolam	Amp.	
Bupivacaina 0,5%(Pesada)			Mivacúrio	Amp.	
Captopril	mg/comp.		Morfina	Amp.	
Cediliane			Nalbupina	Amp.	
Cefalotina			Naloxona	Amp.	
Cefazolina			Nifedipina 10mg	Cap.	
Cefoxitina			Nipride	Amp.	
Cetoprofeno			Noradrenalina	Amp.	
Clexane	mg		Oxitocina	Amp.	
Ciprofloxacina			Pancurônio	Amp.	
Cisatracúrio	mg/amp		Petidina	Amp.	
Clonidina	mg/amp		Propofoi	Amp.	
Cloro de Potássio			Propanolol	Amp.	
Cloro de Sódio			Prostigmine	Amp.	
Dexmedetomidina			Remifentanil	Amp.	
Diazepam			Rocurônio	F.A.	
Diclofenaco			Ropivacaina	ml	
Dobutamina	mg/amp		Ropivocaina	ml	
Dopamina	mg/amp		Ranitidina	Amp.	
Efedrina			Sufentanil	Amp.	
Efortil			Sufentanil	Amp.	
Esmolol			Sulfato de Magnésio	ml	
Etomidato			Succinocolina	F.A.	
Fentanil	mcg/amp		Tiopental Sódico	F.A.	
Fentanil	mcg/ml		Tenoxicam	Amp.	
Fenegan			Vecurônio	Amp.	
Flumazenil			Verapamil	Amp.	
Furozemida					
Genitamicina	mg/amp				
Gluconato de Calcio 10%					
Heparina					

MATERIAIS / EQUIPAMENTOS					
Nome	Unid.	Qtde.	Nome	Unid.	Qtde.
Abocath Nº	ui		Seringa de 01ml		
Agulha 13x4,5	ui		Seringa de 03ml		
Agulha 25x06	ui		Seringa de 05ml		
agulha 30x07	ui		Seringa de 10ml		
Agulha 40x12	ui		Seringa de 20ml		
Agulha Percutural Nº	ui		Sonda Asp. Traqueal Nº		
Agulha Raqui Nº	ui		Sonda Endotraqueal Nº		
Cateter Percutural	ui		Sonda Nasogástrica Nº		
Equipo PVC	ui		Tudo estensor		
Equipo para sorro	ui		Torneira 3 vias		
Eletrodo	ui				
Scala	ui				

SOROS			GASES		
Nome	Unid.	Qtde.	Nome	Unid.	Qtde.
Frutose	F.A.		Ar Comprimido		
Solução Manitol 20%	F.A.		Oxido Nitroso		
Sol. Fisiológica 100ml	F.A.		Oxigênio		
Sol. Fisiológica 500ml	F.A.		Enflurano		
Sol. Glicofisiológica	F.A.		Halotano		
Sol. Glicosodaa 5% 100ml	F.A.		Isoflurano		
Sol. Glisodaa a 5% 500ml	F.A.		Savoflurano		
Sol. Ringer com Lactato	F.A.		Desflurano		

HEMODERIVADOS			USO DE APARELHO		
Nome	Unid.	Qtde.	Nome	Unid.	Qtde.
Albumina			Capnógrafo		
Conc. De Hemácias			Monitor Cardiaco		
Plasma			Oxigênio		
Plaquetas					
Crio Precipitado					

TEMPO DE SALA
Anestesia: / / T:
Cirurgia: / / T:





PREFEITURA DE
HORIZONTE
Secretaria de Saúde

FICHA DE VISITA DOMICILIAR

FAMILIA		MUNICIPIO			CATEG.		QUART.	Nº IM	
ACS		LOCALIDADE							
ACE					ACS				
DATA	HORA	ATIV	Nº EQUIPE	NOME LEGÍVEL	DATA	HORA	ATIVIDADES		
							077		



D

