

REGISTRO DA APLICAÇÃO DAS VACINAS DO CALENDÁRIO NACIONAL

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

	BCG	Hepatite B	Pentavalente			VIP		
	Dose única	Dose ao nascer	1ª dose	2ª dose	3ª dose	1ª dose	2ª dose	3ª dose
Até 12 meses	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /
	Rotavírus humano		Pneumocócica 10V (conjugada)		Meningocócica C (conjugada)		Febre amarela	
	1ª dose	2ª dose	1ª dose	2ª dose	1ª dose	2ª dose	1ª dose	2ª dose
	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /
A partir de 12 meses	Pneumocócica 10V (conjugada)	Meningocócica C (conjugada)	DTP		VIP		Tríplice viral	Varicela
	Reforço	Reforço	1º Reforço	2º	1º Reforço	2º Reforço	Dose única	1ª dose
	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /
	Hepatite A	Pneumocócica 23V (povos indígenas)	HPV		Influenza			
Uma dose	Uma dose	Dose	Dose	Dose	Uma dose			
Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /			

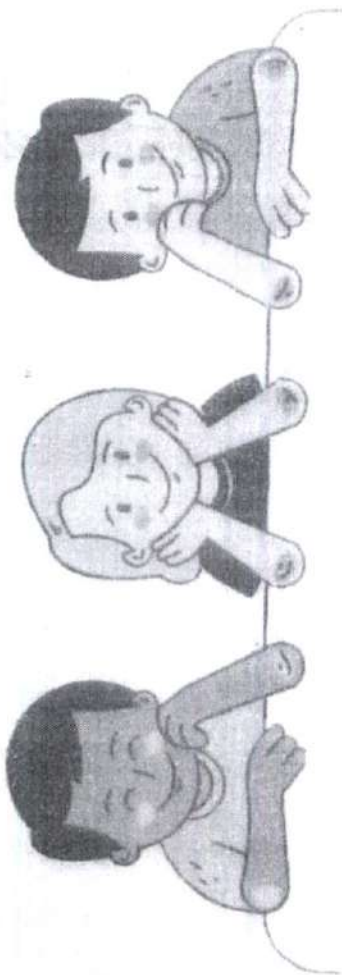
PREFEITURA DE HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:
Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /
Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:
Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /
Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:
Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /
Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:
Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /
Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:	Vacina:
Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /	Data: / / Lote: / / / Lab. Produt: / / / Unidade: / / / Ass.: / / /

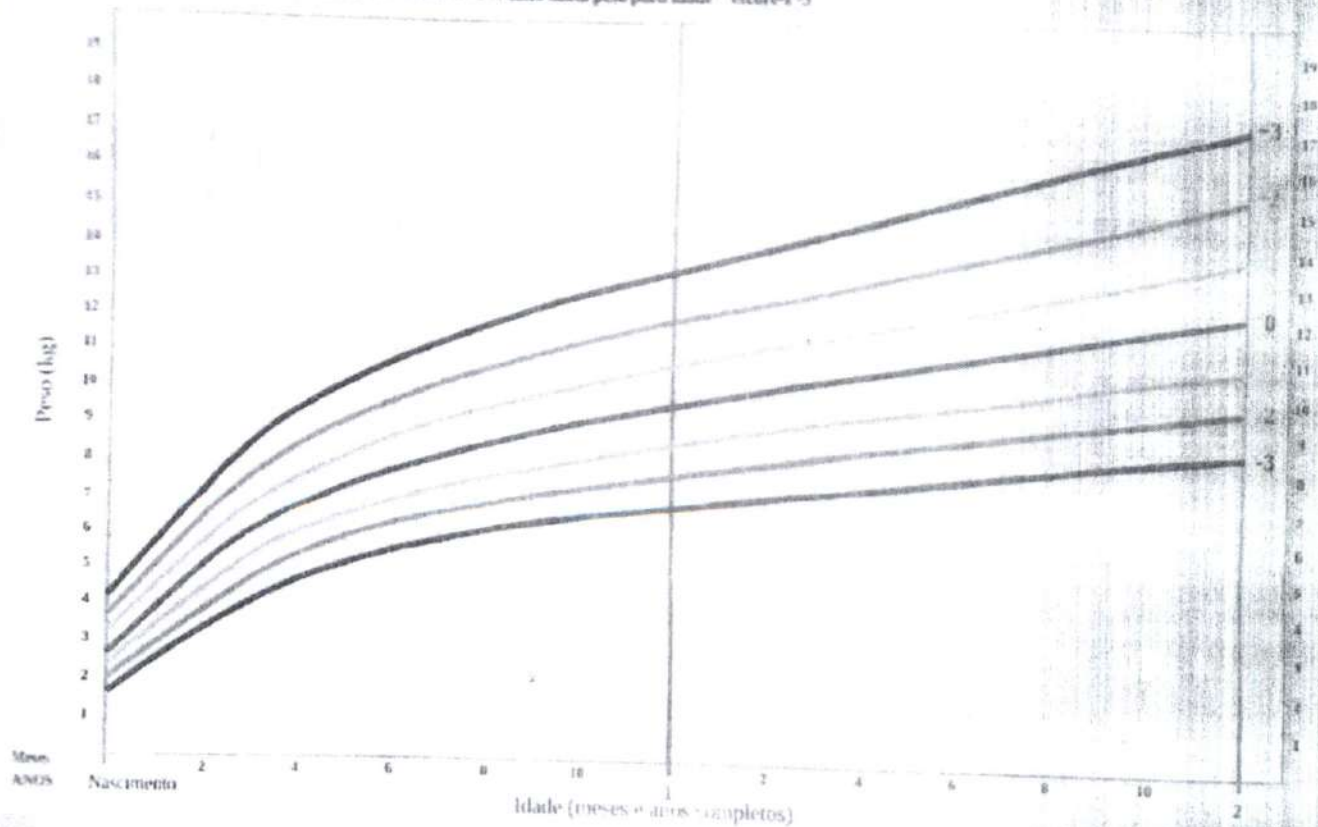
REGISTRO DE OUTRAS VACINAS E CAMPAINHAS

022



[Handwritten signature]

Peso para idade 0 a 2 anos
 Peso elevado para idade = $\text{escore} - 2$; Peso adequado para idade = $\text{escore} - 2$ a $\text{escore} + 2$
 Muito baixo peso para idade = $\text{escore} - 3$; Muito baixo peso para idade = $\text{escore} - 3$



PREFEITURA DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO
DE SOUSA
SERVIÇO SOCIAL

- ✓ O horário de visitas é diariamente das 15h30min às 16h30min.
- ✓ A solicitação em horário extra será avaliada pelo assistente social, durante atendimento e escuta qualificada..
- ✓ É permitida a entrada de no máximo 02(dois) visitantes por vez para o mesmo paciente.
- ✓ Não é permitida a entrada de visitantes ou acompanhantes trajando minissaia, *shorts*, “tops”, bermudas e mini-blusas.
- ✓ Ao chegar para visita identifique-se na recepção.

CARTÃO DO ACOMPANHANTE

Sim () Não ()

Caso a resposta seja afirmativa, o cartão deverá ser atualizado com o nome do acompanhante, dia, turno e a assinatura do profissional que foi comunicado sobre a troca. Nos dias de domingo, e período noturno a enfermeira do plantão poderá atualizar o cartão. De segunda a sábado, das 7h às 17h a atualização do cartão ficará sob a responsabilidade do serviço social.

[illegible]

O uso da TV será permitido até as 22h. Contribua para o repouso dos pacientes e demais acompanhantes.

- Higienize as mãos ao sair do banheiro, antes e depois das refeições e ao cuidar do paciente.
- Não lave roupas nos banheiros das enfermarias.
- Toalhas e roupas não devem ser estendidas nas cabeceiras dos leitos, suportes de soro e janelas.
- Colabore com a organização e limpeza nas enfermarias, banheiros e refeitório.

023



Caro usuário

Considerando a importância do atendimento humanizado, a direção do Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa vem estabelecer um conjunto de normas a fim de orientar aos usuários deste Serviço. O cumprimento de tais normas é de fundamental importância para a recuperação do paciente e a organização da Instituição, visando uma maior satisfação e segurança dos usuários, como também uma maior interação destes com a Instituição.

O acompanhante

Pessoa com idade a partir de 18 anos e condições físicas adequadas.

Direitos do acompanhante:

- ✓ Receber informações da Equipe de Saúde;
- ✓ Ser orientado quanto às normas e rotinas da Instituição;
- ✓ Entrar com material de higiene pessoal (escova, creme dental, sabonete, desodorante e xampu);
- ✓ Ser devidamente recebido e orientado pelos profissionais.

Deveres do acompanhante:

- ✓ Permanecer junto ao paciente, prestando a assistência necessária;
- ✓ Usar crachá para a sua identificação;
- ✓ Colaborar com a higiene e limpeza da enfermaria
- ✓ Seguir as orientações dadas pela equipe de Saúde, evitando interferir no funcionamento normal da Instituição.
- ✓ Informar à equipe de Saúde alterações importantes que ocorram com o paciente.
- ✓ Manter o hábito de lavar as mãos antes e depois de cuidar do paciente. É saudável e evita infecção hospitalar.
- ✓ Utilizar somente as cadeiras disponíveis, não sentando nas camas das enfermarias.

O paciente internado pode ter acompanhante quando:

- ✓ Crianças e adolescentes
- ✓ Idoso a partir de 60 anos;
- ✓ Pessoa com deficiência
- ✓ Gestantes

OBSERVAÇÕES:

- O acompanhante deverá ser preferencialmente, do mesmo sexo do paciente.
- O acompanhante deverá estar de posse do documento de identificação no momento da troca e para a emissão da declaração.

- A troca de acompanhante é permitida todos os dias de 07:00h às 09:00h e de 18:00h às 19:00h, podendo ser efetuada a troca também no horário de visitas;
- O cartão do acompanhante será atualizado diariamente pelo assistente social.

Refeições

✓ PACIENTES

- café da manhã - 05h30' às 07h00
- lanche - 09h00 às 10h00
- almoço - 11h30'
- lanche - 15h00 às 15h30'
- jantar - 18h00
- ceia - 21h00

✓ ACOMPANHANTE

- café da manhã
- lanche - 09h00 às 10h00
- almoço - 11h00 às 11h30'
- lanche - 15h00 às 15h30'
- jantar - 20h00 às 20h30'
- ceia - 21h00

OBSERVAÇÃO: O almoço e o jantar do acompanhante serão servidos no refeitório. O acompanhante deverá apresentar o cartão do acompanhante.

O visitante



Pessoa com idade a partir de 12 anos e condições físicas adequadas.

HORIZONTE

- 1) Os pacientes deverão chegar para o atendimento até as 10hs pela manhã e às 15hs pela tarde;
- 2) Justificar as faltas no tratamento, caso se some 03 faltas não justificadas o paciente será automaticamente substituído;
- 3) Roupas adequadas para realizar o tratamento e/ou atividades;
- 4) O paciente deverá trazer uma toalha;
- 5) O paciente só será atendido no dia marcado;
- 6) O paciente deverá vim alimentado para o tratamento;
- 7) Não vir com pressão e diabetes descompensadas e nem virose na fase aguda;

CLIENTE:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMENTO:

HORÁRIO:

CÓDIGO:

CID:

PROFESSIONAL:

024

HORARIO: _____ D.N: _____

IDADE:

CODIGO: _____ PSF: _____

CID: _____ SUS: _____

PROFESSIONAL:

ASSISTENTE SOCIAL

GRUPO TERAPÊUTICO - ENFERMAGEM

DATA

HORÁRIO

PROFISSIONAL

PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

Nº CARTÃO DO SUS:

ENDERECO:

UNIDADE DE SAÚDE:

Nº PRONTUARIO:

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE

plus

CARTÃO CAPS AD

025

605
PAGINA
A



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
Rua Luiza Helena - S. Zumbi - Horizonte/CE
C.P.: 62.829-000
Fone: (85) 3336.0100 / Fone/Fax: (85) 3336.6043



CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

DATA ____/____/____

REGISTRO DOS INDICADORES DA MONITORIZAÇÃO DA ESTERILIZAÇÃO
VAPOR:



028

BOWIE & DICK

COLAR A FOLHA PRINCIPAL

12

INTEGRADOR CONTROLE	ESPECIFICAÇÃO DO CICLO	INTEGRADOR BIOLÓGICO PROCESSADO	INDICADOR BIOLÓGICO COMPARATIVO	HORA	
				INCUBAÇÃO	ASSINATURA
	LOTE	ROTULO	ROTULO		
		RESULTADO	RESULTADO	LEITURA	ASSINATURA

029

 PREFEITURA DE HORIZONTE	CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO HMVRS
MATERIAL:	
Nº DE PECAS:	RESP. PREPARO:
DATA DA ESTERILIZAÇÃO:	Nº LOTE:
OBS: Esse produto é considerado estéril pelo prazo 90 dias, desde que mantidos a integridade e armazenamento adequados.	



 PREFEITURA DE HORIZONTE	CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO HMVRS
MATERIAL:	
Nº DE PECAS:	RESP. PREPARO:
DATA DA ESTERILIZAÇÃO:	Nº LOTE:
OBS: Esse produto é considerado estéril pelo prazo 90 dias, desde que mantidos a integridade e armazenamento adequados.	

 PREFEITURA DE HORIZONTE	CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO HMVRS
MATERIAL:	
Nº DE PECAS:	RESP. PREPARO:
DATA DA ESTERILIZAÇÃO:	Nº LOTE:
OBS: Esse produto é considerado estéril pelo prazo 90 dias, desde que mantidos a integridade e armazenamento adequados.	

 PREFEITURA DE HORIZONTE	CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO HMVRS
MATERIAL:	
Nº DE PECAS:	RESP. PREPARO:
DATA DA ESTERILIZAÇÃO:	Nº LOTE:
OBS: Esse produto é considerado estéril pelo prazo 90 dias, desde que mantidos a integridade e armazenamento adequados.	



PREFEITURA DE
HORIZONTE

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA DE HORIZONTE

Secretaria de Saúde

Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa



HOSPITAL E MATERNIDADE
VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA

CHECK LIST DA SALA DE CIRURGIA

MATERIAL/EQUIPAMENTO	UNID	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
AMBU ADULTO	01																															
AMBU INFANTIL	01																															
APARELHO DE PA DIGITAL	01																															
APARELHO DE PA INFANTIL	01																															
APARELHO DE PA ADULTO	01																															
ASPIRADOR	02																															
BERCO AQUECIDO	01																															
BISTURI ELÉTRICO	02																															
BOMBA DE INFUSÃO(SERINGA)	01																															
CÂNULA DE GUEDEL ADULTO	10																															
CÂNULA DE GUEDEL INFANTIL	06																															
CAPINOGRAFO	01																															
CARRO DE ANESTESIA	01																															
CILINDRO DE O2 MONTADO	01																															
DEA COM PÁS	01																															
ESTETOSCÓPIO INFANTIL	01																															
ESTETOSCÓPIO ADULTO	01																															
FIO GUIA INFANTIL	01																															
FIO GUIA ADULTO	01																															
FOCO DE PÉ	01																															
FOCO DE TETO	01																															
INCUBADORA	01																															
LARINGOSCÓPIO ADULTO;	06																															
LÂMINA N°2:3/4/5																																
LARINGOSCÓPIO INFANTIL;	04																															
LÂMINA N°000:00:0:01																																
LÁTEX	03																															
MESA DE MAYO	02																															
MESA PARA MONTAGEM DE MATERIAL	01																															
MONITOR COM OXÍMETRO DE PULSO ADULTO E INFANTIL	02																															
LUMINIFICADOR	03																															

KIT BARAKA

BAIXO RESERVATÓRIO	01																															
MATERIAL DE DIAGNÓSTICO	01																															
MATERIAL DE DIAGNÓSTICO	01																															
MATERIAL DE DIAGNÓSTICO	01																															

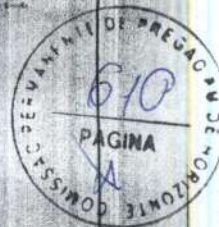
030





PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCE

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE-CE
SECRETARIA DE SAÚDE
EEG - CEMED



NOME: _____

DATA: ____/____/____ - HORÁRIO: _____

OBS: LEVAR RG, CPF, COMPROVANTE DE ENDERÇO E CARTÃO DO SUS

OBS: LAVAR BEM O CABELO, MAS DEVE ESTAR SECO NA HORA DO EXAME

OBS: IR BEM ALIMENTADO

031

ENDEREÇO: AVENIDA JUVENAL DE CASTRO (EM FRENTE AO BRADESCO) - CENTRO- HORIZONTE-CE
TELEFONE: 3336.2713



PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCE

SECRETARIA DE SAÚDE DE HORIZONTE
CENTRAL DE REGULAÇÃO

HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA

032

PACIENTE: _____

☐ EXTREMIDADES SUPERIORES
☐ EXTREMIDADES INFERIORES
☐ ÚMERO
☐ COTOVELO
☐ ANTEBRAÇO
☐ CARPO
☐ PUNHO

☐ MÃO
☐ METACARPOS
☐ FÊMUR
☐ JOELHO
☐ PERNA
☐ TÍBIA
☐ TORNOZELO

☐ CALCÂNEO
☐ PÉ
☐ METATARSOS
OUTRO: _____

DATA: ____/____/____ HORA: _____ ASSINATURA: _____

OBS: LEVAR RG, CPF, COMPROVANTE DE ENDEREÇO E CARTÃO NACIONAL DO SUS

RUA MARIA LUIZA NORONHA, 45 - ZUMBI- HORIZONTE - FONE/FAX: 85 3336.6060



PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA

033

NOME: _____

DATA: _____ HORÁRIO: _____

PROCEDIMENTO:

- () PEQ. CIRURGIA () DR. ÍTALO
() CIRURGIA GERAL () DR. EMMANUEL
() DR. BRUNO
() ORTOPEDIA () DR. VICENTE

OBS: LEVAR RG, CPF, COMPROVANTE DE ENDEREÇO E CARTÃO NACIONAL DO SUS

RUA MARIA LUIZA NORONHA, 45 - ZUMBI- HORIZONTE - FONE/FAX: 85 3336.6060



NOME: _____

PROCEDIMENTO: _____ PROFISSIONAL: _____

DATA: _____ HORÁRIO: _____

ASSINATURA: _____

OBS: LEVAR RG, CPF, COMPROVANTE DE ENDEREÇO E CARTÃO NACIONAL DO SUS, SE FOR CRIANÇA LEVAR A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CASO TENHA ALGUMA ULTRASSOM E MAMOGRAFIA LEVAR PARA O EXAME

RUA SANTA EDWIRGES, Nº 36 - DIADEMA (PROXIMO AO ESTÁDIO CLENILSÃO)

FONE/FAX: 85 3336.2094

034



035

NOME: _____ IDADE: _____

NOME SOCIAL: _____ D.N. _____ / _____ / _____

DATA: ____ / ____ / ____ HORARIO: ____:____:____ PRONT: _____ MUNICIPIO: **HORIZONTE**

ASSINATURA DO REGULADOR (NÃO PODE SER RUBRICA): _____

PROCED. _____ PROFIS.: _____

ASS: _____

POLICLÍNICA DRA. MARCIA MOREIRA DE MENEZES – PACAJUS

RUA DOCA NOGUEIRA, S/Nº, PRÓXIMO A FAMEL

ATENÇÃO – PACIENTES DEVERÃO TRAZER DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO ORIGINAL

Prefeitura Municipal de Horizonte - Ceará



Secretaria Municipal de Saúde
Central de Regulação

Comprovante de solicitação de procedimento

NOME: _____

PROCEDIMENTO: _____

PROTOCOLO: _____

TELEFONE (WPP) () _____ / () _____

POSTO DE SAÚDE: _____

RECEBIDO POR: _____

ENTREGUE EM: ____ / ____ / ____

TELEFONE PARA INFORMAÇÕES: (85) 3336.6023 / (85) 3336.6037

Não perca esse comprovante! Ele é necessário para consultar qualquer informação sobre a regulação do procedimento. Guarde o pedido do médico original, pois o mesmo é necessário para realização procedimento.

Prefeitura Municipal de Horizonte - Ceará



Secretaria Municipal de Saúde
Central de Regulação

Comprovante de solicitação de procedimento

NOME: _____

PROCEDIMENTO: _____

PROTOCOLO: _____

TELEFONE (WPP) () _____ / () _____

POSTO DE SAÚDE: _____

RECEBIDO POR: _____

ENTREGUE EM: ____ / ____ / ____

OBSERVAÇÕES: _____

036



9X

COMUNICAÇÃO INTERNA

 **PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE**  **SUS** **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** **SECRETARIA DA SAÚDE**  **HORIZONTE**

DE: _____

PARA: _____

ASSUNTO: _____

037

☐ URGÊNCIA

☐ ROTINA

Horizonte, _____ de _____ de 20 _____

Endereço: Rua da Liberdade, 11 - 40130-000 - Horizonte, CE - Fone: (85) 3186-0000 - Fax: (85) 3186-0001 - E-mail: prefeitura@horizonte.ce.gov.br

038



PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPS AD

Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS)

Consolidado de Produtividade Mensal - CNES 7406967

PROFISSIONAL: _____

CATEGORIA: _____

CNS: _____

CBO: _____

MÊS: _____

ANO: _____



ATIVIDADE	CÓDIGO	QUANTIDADE
Acolhimento Diurno/Intensivo	03.01.08.019-4	
Acompanhamento da População Infanto-Juvenil em Sofrimento Psíquico	03.01.08.038-0	
Acompanhamento da População Adulta com Transtorno Mental	03.01.08.037-0	
Acompanhamento de Pessoas com necessidades decorrentes ao uso de Álcool	03.01.08.036-4	
Acompanhamento Usuário Território	03.01.08.035-6	
Acompanhamento Residencial Transitório	03.01.08.033-0	
Ações de Redução de Danos	03.01.08.031-3	
Assembleia/ Protagonismo dos Usuários	03.01.08.026-7	Encontros: Participantes:
Atenção à Crise	03.01.08.029-1	
Atendimento Inicial/Anamnese	03.01.08.023-2	
Atendimento Individual/ Acolhimento/ Reavaliação	03.01.08.020-8	At: Ac: Re: Total:
Atendimento Familiar	03.01.08.022-4	
Matriciamento	03.01.08.030-5	Encontros: Participantes:
Atenção Básica em Saúde		
Matriciamento Hospitalar/ Urgência e Emergência	03.01.08.039-9	Encontros: Participantes:
Práticas Corporais	03.01.08.027-0	Encontros: Participantes:
Práticas Expressivas	03.01.08.028-3	Encontros: Participantes:
Reabilitação Psicossocial	03.01.08.034-8	
Visita Domiciliar	03.01.08.024-0	
Visita Institucional/ Reuniões/ Atividade Externa	03.01.08.025-9	Encontros: Participantes:



HOSPITAL E MATERNIDADE RAIMUNDO VENÂNCIO DE SOUSA
CONTROLE DE ABERTURA / REPOSIÇÃO DO CARRO DE URGÊNCIA(PSICOTRÓPICOS)

CLÍNICA	MES	NOVO LACRE INICIAL	Ass. / Carimbo:
DATA ABERTURA: / /			
MOTIVO ABERTURA: () Atendimento a paciente: Prontoário			FARMÁCIA CIENTE:
DATA REPOSIÇÃO: / /			Ass. / Carimbo:
OBSERVAÇÕES:			
DATA ABERTURA: / /		No NOVO LACRE:	
MOTIVO ABERTURA: () Atendimento a paciente: Prontoário			Ass. / Carimbo:
DATA REPOSIÇÃO: / /			FARMÁCIA CIENTE:
OBSERVAÇÕES:			Ass. / Carimbo:
DATA ABERTURA: / /			
MOTIVO ABERTURA: () Atendimento a paciente: Prontoário			FARMÁCIA CIENTE:
DATA REPOSIÇÃO: / /			Ass. / Carimbo:
OBSERVAÇÕES:			
DATA ABERTURA: / /		No NOVO LACRE:	
MOTIVO ABERTURA: () Atendimento a paciente: Prontoário			Ass. / Carimbo:
DATA REPOSIÇÃO: / /			FARMÁCIA CIENTE:
OBSERVAÇÕES:			Ass. / Carimbo:
DATA ABERTURA: / /			
MOTIVO ABERTURA: () Atendimento a paciente: Prontoário			FARMÁCIA CIENTE:
DATA REPOSIÇÃO: / /			Ass. / Carimbo:
OBSERVAÇÕES:			
DATA ABERTURA: / /		No NOVO LACRE:	
MOTIVO ABERTURA: () Atendimento a paciente: Prontoário			Ass. / Carimbo:
DATA REPOSIÇÃO: / /			FARMÁCIA CIENTE:
OBSERVAÇÕES:			Ass. / Carimbo:
DATA ABERTURA: / /			
MOTIVO ABERTURA: () Atendimento a paciente: Prontoário			FARMÁCIA CIENTE:
DATA REPOSIÇÃO: / /			Ass. / Carimbo:
OBSERVAÇÕES:			
DATA ABERTURA: / /		No NOVO LACRE:	
MOTIVO ABERTURA: () Atendimento a paciente: Prontoário			Ass. / Carimbo:
DATA REPOSIÇÃO: / /			FARMÁCIA CIENTE:
OBSERVAÇÕES:			Ass. / Carimbo:

ELABORAÇÃO: EQUIPE DE FARMÁCIA HOSPITALAR

DATA 22/09/2014



040

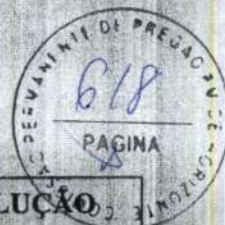


PREFEITURA DE
HORIZONTE

042



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETÁRIA DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
Rua Maria Luiza Noronha, 45, Zumbi - Horizonte/CE
CEP 62882-020 FONE: (85) 3336-6048



☐ DOAÇÃO	☐ EMPRÉSTIMO	☐ PERMUTA	☐ DEVOLUÇÃO
---------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

DE: _____

PARA: _____

ITEM	DESCRIÇÃO	UNID.	QTD.	VALOR

☐ DOAÇÃO	☐ EMPRÉSTIMO	☐ PERMUTA	☐ DEVOLUÇÃO
---------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

DE: _____

PARA: _____

ITEM	DESCRIÇÃO	UNID.	QTD.	VALOR

RECEBIDO POR: _____ DATA: ____/____/____

Responsável Farmácia HMVRS

2



PREFEITURA DE
HORIZONTE

043



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
Controle de Elaboração de Kit's de Medicamentos

Data: ____ / ____ / ____

ITEM	MEDICAMENTO	UNIDADE	QTD
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			

OBS: UNIDADE pode ser Comprimido (Comp), Ampola (Amp), Frasco (Frc), Bala, Seringa (Ser).

Auxiliar de Farmácia

[Handwritten signature]



PREFEITURA DE
HORIZONTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
Rua Maria Luiza Noronha, 45, Zumbi - Horizonte/CE
CEP 62882-020 FONE: (85) 3336-6048



CONTROLE DE ENTREGA E RECEBIMENTO DE KIT PARA DIAGNÓSTICO DE HIV E SÍFILIS POR MEIO DE TESTE RÁPIDO

EU, MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA, ENFERMEIRO (A) DO HOSPITAL E
REFERIDO HOSPITAL, UMA CAIXA LACRADA CONTENDO _____, RECEBI DE
DIAGNÓSTICO DE _____ DA FARMÁCIA HOSPITALAR DO
VALIDADE _____ DA MARCA _____ TESTES RÁPIDOS PARA
ATENDIMENTO AOS PACIENTES DA MATERNIDADE. _____ LOTE _____,
_____, NO DIA _____, ÀS _____ HORAS, PARA

SERVIÇO DE FARMÁCIA
Michelle Freitas Martins
CRF 3550

046





PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE

SUS



CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO-CAF

CONTROLE DE PRATELEIRA

PRODUTO:

UNIDADE:

CÓDIGO:

[illegible]

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE CAMPANHA

PRODUTO:

DESCRIÇÃO:

[illegible]

2



623
PAGINA

CONTROLE DE REPOSIÇÃO E LACRES NO CARRO DE URGÊNCIA

[illegible]

EQUIPE DE FARMÁCIA: HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA

2



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
RECURSOS HUMANOS
Rua Luiza Noronha, Nº 45, Zumbi - Horizonte - Ceará
CEP: 62882-020
(85) 3334-6107 - recursoshumanos.hmvri@gmail.com



Data ____/____/____ Hora de Saída ____:____ Hora de Retorno ____:____

Nome: _____

Endereço: _____

Resolução _____

Hospital de Destino: _____

Paciente Acamado () Sim () Não Motorista

050

Data ____/____/____ Hora de Saída ____:____ Hora de Retorno ____:____

Nome: _____

Endereço: _____

Resolução _____

Hospital de Destino: _____

Paciente Acamado () Sim () Não Motorista

Data ____/____/____ Hora de Saída ____:____ Hora de Retorno ____:____

Nome: _____

Endereço: _____

Resolução _____

Hospital de Destino: _____

Paciente Acamado () Sim () Não Motorista

Data ____/____/____ Hora de Saída ____:____ Hora de Retorno ____:____

Nome: _____

Endereço: _____

Resolução _____

Hospital de Destino: _____

Paciente Acamado () Sim () Não Motorista



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
RECURSOS HUMANOS
Rua Luiza Noronha, Nº 45, Zumbi - Horizonte - Ceará
CEP: 62882-020
(85) 3336-6107 - recursoshumanos.hmvrs@gmail.com



Data	/	/		Hora de Saída	:		Hora de Retorno	:	
Nome: _____									
Endereço: _____									
Resolução _____									
Hospital de Destino: _____									
Paciente Acamado () Sim () Não Motorista									

Data	/	/		Hora de Saída	:		Hora de Retorno	:	
Nome: _____									
Endereço: _____									
Resolução _____									
Hospital de Destino: _____									
Paciente Acamado () Sim () Não Motorista									

Data	/	/		Hora de Saída	:		Hora de Retorno	:	
Nome: _____									
Endereço: _____									
Resolução _____									
Hospital de Destino: _____									
Paciente Acamado () Sim () Não Motorista									

Data	/	/		Hora de Saída	:		Hora de Retorno	:	
Nome: _____									
Endereço: _____									
Resolução _____									
Hospital de Destino: _____									
Paciente Acamado () Sim () Não Motorista									



HMVRS- CONTROLE INSTRUMENTAL - CME

MATERIAL:			
PREPARO CME:	UNIDADE	EXPURGO CME	
Nº DE PEÇAS:	Nº DE PEÇAS:	Nº DE PEÇAS:	
PREPARADO POR:	CONFERIDO POR:	RECEBIDO POR:	
	HORAS:	HORAS:	
DATA:	DATA DE USO:		
OBSERVAÇÕES:			
DATA:	ENFERMEIRA		



HMVRS- CONTROLE INSTRUMENTAL - CME

MATERIAL:			
PREPARO CME:	UNIDADE	EXPURGO CME	
Nº DE PEÇAS:	Nº DE PEÇAS:	Nº DE PEÇAS:	
PREPARADO POR:	CONFERIDO POR:	RECEBIDO POR:	
	HORAS:	HORAS:	
DATA:	DATA DE USO:		
OBSERVAÇÕES:			
DATA:	ENFERMEIRA		



HMVRS- CONTROLE INSTRUMENTAL - CME

MATERIAL:			
PREPARO CME:	UNIDADE	EXPURGO CME	
Nº DE PEÇAS:	Nº DE PEÇAS:	Nº DE PEÇAS:	
PREPARADO POR:	CONFERIDO POR:	RECEBIDO POR:	
	HORAS:	HORAS:	
DATA:	DATA DE USO:		
OBSERVAÇÕES:			
DATA:	ENFERMEIRA		



HMVRS- CONTROLE INSTRUMENTAL - CME

MATERIAL:			
PREPARO CME:	UNIDADE	EXPURGO CME	
Nº DE PEÇAS:	Nº DE PEÇAS:	Nº DE PEÇAS:	
PREPARADO POR:	CONFERIDO POR:	RECEBIDO POR:	
	HORAS:	HORAS:	
DATA:	DATA DE USO:		
OBSERVAÇÕES:			
DATA:	ENFERMEIRA		

051



7



PREFEITURA DE
HORIZONTE

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

CURATIVO ESPECIAL

PACIENTE:

LEITO:

DATA:

INDICAÇÃO:

PROFISSIONAL SOLICITANTE:

052



RENOVAR DIA:

REAVALIAR DIA:

TIPO DE CURATIVO:

LOCALIZAÇÃO DA ÚLCERA:

ENFERMEIRO/MÉDICO DE PLANTÃO

FARMACÊUTICO DE PLANTÃO

2



PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SECRETARIA
DA SAÚDE



DECLARAÇÃO

053



UNIDADE DE SAÚDE: _____

Declaro para os devidos fins que o paciente _____

compareceu nesta Unidade de Saúde para _____

Horizonte, _____ de _____ de _____

Assinatura e Carimbo

(Handwritten signature)



Av. Presidente Costa Branco, nº 4817 - CEP: 62.200-000 - FONE: (085) 3367.3344/3367.3300 - FAX: (085) 3367.3300

www.horizonte.ce.gov.br





PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ

054



DECLARAÇÃO DE BENS (OU CÓPIA DA ÚLTIMA DECLARAÇÃO DO IRRF)

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 os devidos fins que até a data presente, o meu acervo patrimonial é formado
pelos bens mencionados a seguir:

- 1) _____ - Valor R\$ _____
- 2) _____ - Valor R\$ _____
- 3) _____ - Valor R\$ _____
- 4) _____ - Valor R\$ _____
- 5) _____ - Valor R\$ _____

() Não possuo bens patrimoniais em meu nome.

Sendo o que havia a declarar e por ser a expressão da verdade, firmo a presente
declaração, 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