



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

		MÊS/ANO: /																														
		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
MATERIAL/EQUIPAMENTO	UNID																															
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																															
CAPNOGRÁFO	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°000,000,001																																
LÁTEX	03																															
MESA DE MAYO	02																															
MESA PARA MONTAGEM DE	01																															
MATERIAL																																
MONITOR COM OXÍMETRO DE	02																															
PULSO ADULTO E INFANTIL																																
UMIDIFICADOR	03																															

KIT BARAKA

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01





PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE-CE
SECRETARIA DE SAÚDE
EKG - 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 VOCÊ

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 VOCÊ

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



034

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

035



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde

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 _____

  

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

ELABORAÇÃO: EQUIPE DE FARMÁCIA HOSPITALAR

DATA 22/09/2014



040



041



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
Controle de Dispensação de Máscara

Data: / /

[illegible]



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



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	QTI
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), Bolo (Bola), Seringa (Ser).

Auxiliar de Farmácia



CONTROLE DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS – CAF

DE 2ª À 6ª MANHÃ → (CONTROLADOS)---2ª E 4ª TARDE → (COLÍRIOS E FRALDAS)---3ª E 5ª TARDE → (DIABÉTICOS E MATERIAL HOSPITALAR)

Nº CADASTRO:

[illegible]

CONTROLE DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS - JUDICIAL

ATENDIMENTO 2ª E 4ª FEIRA / TARDE DE 13:00 ÀS 15:30 Hs

PACIENTE:

[illegible]



PREFEITURA DE
HORIZONTE

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

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 FUNCIONÁRIO (A) DA FARMÁCIA HOSPITALAR DO, RECEBI DE
DIAGNÓSTICO DE DA MARCA TESTES RÁPIDOS PARA
VALIDADE LOTE
ATENDIMENTO AOS PACIENTES DA MATERNIDADE. NO DIA, ÀS HORAS, PARA

SERVIÇO DE FARMÁCIA
Michelle Freitas Martins
CRF 3550

046





PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE CAMPANHA

PRODUTO:

DESCRIÇÃO:

[illegible]

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE



CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO-CAF

CONTROLE DE PRATELEIRA

PRODUTO:

UNIDADE:

CÓDIGO:

[illegible]

CONTROLE DE REPOSIÇÃO E LACRES NO CARRO DE URGÊNCIA



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
RECURSOS HUMANOS
Rua Luiz 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		

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 Luiz Noronha, Nº 45, Zumbi - Horizonte - Ceará
CEP: 62882-020
(85) 3336-5107 - 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

2



PREFEITURA DE
HORIZONTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA 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



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



Av. Presidente Castelo Branco, nº 4817 • CEP: 31.301-920 • Fone: (51) 3527.3111 • Fax: (51) 3527.3112

www.horizonte.rs.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



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



055

**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



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



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.

Testemunha

Nome: _____ (idade: _____)

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Assinatura

CPF:

Assinatura

Horizonte, _____ de _____ de 20____

Responsável pelo atendimento





PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ

SECRETARIA DE SAÚDE
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE -
DR. MEMÓRIA
RUA: SANTA EDWIRGES, Nº 5/N - DIADEMA



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(a) 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 cópias 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 está 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

061

Paciente:

Médico assistente:

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 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 feita 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 fístulas 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



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 abriram; 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 Schiachter

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

064



ESQUEMA DE MEDICAÇÃO
CAPS
SECRETARIA MUNICIPAL
DA SAÚDE
ESQUEMA DE MEDICAÇÃO
CAPS

NOME: _____

DATA: _____

PRONT.: _____

MEDICAÇÃO	MANHÃ	TARDE	NOITE

Av. Presidente Castelo Branco, nº 5617 - CEP: 62.050-000 - CNPJ: 07.557.264/0001-00 - FONE: (85) 3336-6150



Handwritten signature



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

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

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

9.

7. Completar a transfusão em até 4 h para CH e 1 h para PFC. A plaqueta e o rco devem ser infundidos com a pinça aberta.
8. Observar o paciente por, no mínimo, 15 minutos após o início da transfusão.
9. Na suspeita de reação transfusional, suspender a transfusão, manter acesso venoso, proteger o equipo, conferir a identificação do hemocomponente e do paciente e chamar um médico.
10. Manter o hemocomponente com equipo protegido por 1 hora após o término da transfusão para avaliação de reações nesse período e envio do componente, mesmo vazio, para a agência.
11. Notificar suspeita de reação em formulário FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL, encaminhar juntamente com as amostras para o HEMOCE (02 tubos tampa roxa e 01 tubo tampa amarelo)
12. Preencher completamente esta Ficha, sem rasuras.

NOME:

[illegible]

OBSERVAÇÕES:

FOLHA Nº



067



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

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

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

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



PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ.

CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE
DR. MEMORIA
POLICLÍNICA



FICHA DE ADMISSÃO

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

068

NOME: _____

NOME DA MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____ SEXO () F () M TEL.: _____

UBS: _____ ACS: _____ Nº FAMILIA: _____

SUS: _____ CPF: _____ RG: _____

ENDEREÇO: _____

DESENVOLVIMENTO CLÍNICO

DATA

HISTORIA ATUAL DA DOENÇA

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