



DATA

HISTORIA ATUAL DA DOENÇA



CEO Horizonte

DENTISTA: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

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

HORA: \_\_\_\_\_

CHEGAR 10 MIN ANTES DO HORÁRIO AGENDADO  
TRAZER ESCOVA DE DENTE

069

④

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

LEITO

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

Lined area for physical examination notes.

OBSERVAÇÕES

Lined area for observations.

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: \_\_\_\_\_

Apgar \_\_\_\_\_ 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 SAUSA



FICHA DE RECEM NASCIDO

FRONTUARIO

RN DE \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_ COR \_\_\_\_\_

PRÉ-NATAL SIM ( ) NÃO ( ) Grupo Sanguíneo \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_

1-ANAMNESE FAMILIAR: (Alergia, Diabetes, Mal Formação, Tuberculose, Sistema Nervoso, Glândulas, Hemopetios, Cegueira, Consangüinidades. \_\_\_\_\_

074

2-HISTÓRIA OBSTÉTRICA. Gest. \_\_\_\_\_ Pariu \_\_\_\_\_ 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) \_\_\_\_\_

Antes do 1º Movimento Respiratório \_\_\_\_\_

Reanimação. Tipo Duração \_\_\_\_\_ Respiração em \_\_\_\_\_ Normal em \_\_\_\_\_

Choro \_\_\_\_\_ Ligadura do Cordão \_\_\_\_\_ Credê \_\_\_\_\_

Placenta (Peso, Anomania) \_\_\_\_\_ Cordão (Comprimento, Circular, Nº Batimentos \_\_\_\_\_

Tardios, Anomanias, Etc.) \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

5- EXAMES FÍSICO REALIZADO: \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Est. \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



*(Handwritten mark)*

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 retornar 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



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE  
SECRETARIA DA SAÚDE  
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAMUNDO DE SOUSA  
Rua Luiz Noronha, 45 - Zumbi - Horizonte - CE  
CEP: 62.890-000  
Fone: (85) 3336 6060 / Fax: (85) 3336 6043



## FICHA DE REGISTRO ANESTÉSICO

PACIENTE:		DATA:		PRONTUÁRIO:				
IDADE:	SEXO:	ASA:	DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:					
ANESTESIOLOGISTAS:								
CO-MORBIDADES:								
CIRURGIA REALIZADAS:								
ESTADO MENTAL:		PA	FC	MALLAMPATI	DENTES	GLASGOW	ABERTURA BOCA ( > 3cm ( ) < 3cm	DIST. TIREOIDOMENTO ( > 6cm ( ) < 6cm
HORA:		TOTAL						
0 <sub>h</sub>								
Cristalóides								
Hemocromponentes								
SPO <sub>2</sub>								
ETCO <sub>2</sub>								
PVC								
DIURESE								
V	Λ	220						
		210						
	PANI	200						
	*	190						
	FC	180						
		160						
		150						
	x	140						
	PAM	130						
		120						
	0	110						
		100						
	ANEST.	90						
		80						
		70						
		60						
		50						
		40						
		30						
	x	20						
	CIRUR.							

ANESTÉSICO

ANOTAÇÕES:



INÍCIO:

TÉRMINO:

- CARDIOSCÓPIO
- CAPNÓGRAFO
- OXÍMETRO
- PAM
- PVC
- PANI
- TEMPERATURA
- IOT
- INT
- GERAL VENOSA
- GERAL BALANC.
- BL. PLEEXO
- BL. PERIFÉRICO
- EPIDURAL
- SUBARACNOIDE
- LOCAL



**MATERIAL E MEDICAMENTOS GASTOS EM SALA CIRÚRGICA**

Nome	Unid.	Qtd.	Nome	Unid.	Qtd.
Agua destilada	ml/amp		Hydrocortisona	mg/ft	
Kidneyana	Amp.		Ipsilon	F.A.	
Alfentanil	mcg/amp		Isossorbina	mcg/amp	CP
Amioprofina	Amp.		Ketamina	ml	
Amiodarona	Amp.		Lidocaina	%c/adr.	ml
Atracurio	mg/amp		Lidocaina pesada 2%	ml	
Atropina	mg/amp		Levobupivacaina	ml	
Bromopina	Amp.		Metoclopramide	Amp.	
Bicarbonato de Sódio	Amp.		Metronizadol	F.A.	
Bupivacaina 0.5%(isobárica)	Amp.		Midazolam	mg/amp	
Bupivacaina 0.5%(Pesada)	Amp.		Mivacurio	mg/amp	
Captopril	mg/comp.		Morfina	mg/amp	
Cedilamine	Amp.		Nalbupina	mg/amp	
Cetaloína	F.A.		Naloxona	mg/amp	
Cefazolina	F.A.		Nitridipina 10mg	Cap.	
Cefoxitina	F.A.		Nitride	Amp.	
Cetoprofeno	F.A.		Noradrenalina	mg/amp	
Clexane	mg		Oxitocina	Amp.	
Ciprofloxacina	F.A.		Pancurônio	mg/amp	
Cisatracurio	mg/amp		Petidina	mg/amp	
Clonidina	mg/amp		Propofol	mg/amp	
Clorato de Potássio	Amp.		Proparolol	Amp.	
Clorato de Sódio	Amp.		Prostigirine	Amp.	
Dexmedetomidina	Amp.		Remifentanil	mcg/amp	
Diazepam	Amp.		Rocurônio	mg/ft	F.A.
Diclofenaco	Amp.		Ropivacaina	mg/ml	ml
Dobutamina	mg/amp		Ropivocaina	mg/ml	ml
Dopamina	mg/amp		Ranitidina	Amp.	
Efedrina	Amp.		Sufentanil	mcg/amp	Amp.
Eforil	Amp.		Sufentanil	mcg/amp	Amp.
Esmolol	Amp.		Sulfato de Magnésio	%	ml
Etomidato	Amp.		Succinocolina	mg/ft	F.A.
Fentanil	mcg/amp		Tiopental Sódico	g/ft	F.A.
Fentanil	mcg/ml		Tenoxican	mg/amp	Amp.
Fenergan	Amp.		Vecurônio	mg/amp	Amp.
Flumazenil	Amp.		Verapamil	Amp.	Amp.
Furzemida	Amp.				
Genitamicina	mg/amp				
Gluconato de Calcio 10%	ml				
Heparina	ml				

Nome	Unid.	Qtd.	Nome	Unid.	Qtd.
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		
Catelet Percutural	ui		Sonda Nasogástrica Nº		
Equipo PVC	ui		Tudo estensor		
Equipo para soro	ui		Torneira 3 vias		
Eletrodo	ui				
Scalp	ui				

Nome	Unid.	Qtd.
Frutose	F.A.	
Solução Manitol 20%	F.A.	
Sol. Fisiológica 100ml	F.A.	
Sol. Fisiológica 500ml	F.A.	
Sol. Fisiológica 500ml	F.A.	
Sol. Glicofisiológica	F.A.	
Sol. Glicosada 5% 100ml	F.A.	
Sol. Glicosada a 5% 500ml	F.A.	
Sol. Ringier com Lactato	F.A.	

Nome	Unid.	Qtd.
Ar Comprimido		
Oxido Nitroso		
Oxigênio		
Enflurano		
Halotano		
Isolfurano		
Savolfurano		
Desflurano		

Nome	Unid.	Qtd.
Albumina		
Conc. De Hemácias		
Plasma		
Plaquetas		
Cric Precipitado		

Nome	Unid.	Qtd.
Capnógrafo		
Monitor Cardíaco		
Oxigênio		

Nome	Unid.	Qtd.
Anestesia:	/	T:
Cirurgia:	/	T:

Nome	Unid.	Qtd.
Anestesiologista		

**TEMPO DE SALA**



PREFEITURA DE  
HORIZONTE  
Secretaria de Saúde

### FICHA DE VISITA DOMICILIAR

FAMILIA		MUNICIPIO			CATEG		QUART	Nº IMÓVEL
ACS		LOCALIDADE						
ACE					ACS			
DATA	HORA	ATIV	Nº EQUIPE	NOME LEGÍVEL	DATA	HORA	ATIVIDADES	
							<b>077</b>	

*(Handwritten mark)*







**PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE**  
**SECRETÁRIA DA SAÚDE**  
**HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA**  
**Formulário de Ocorrência Plantão Diurno**  
**(Enfermagem para Farmácia)**

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

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

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

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

DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

**079**



ENFERMEIRA \_\_\_\_\_

RESERVADO A FARMACIA

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

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

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





**081**

SETOR/CATEGORIA: \_\_\_\_\_ MÊS/ANO \_\_\_\_\_

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

NOME	SUGESTÃO	MOTIVO
ASSINATURA		

NOME	SUGESTÃO	MOTIVO
ASSINATURA		

NOME	SUGESTÃO	MOTIVO
ASSINATURA		

NOME	SUGESTÃO	MOTIVO
ASSINATURA		

NOME	SUGESTÃO	MOTIVO
ASSINATURA		



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



082

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

**Criança**

NOME: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F      Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Nº DNV: \_\_\_\_\_ Gêmeos? ( ) Sim ( ) Não / Se sim, quantos no total? \_\_\_\_\_

Local de Nascimento: Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa - Horizonte/CE

NATURALIDADE RECÉM-NASCIDO: ( ) Horizonte/CE ( ) Município de residência da mãe, conforme DNV

**Mãe**

Nome MÃE: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) Solteira ( ) Casada ( ) Separada ( ) Divorciada ( ) Viúva      Profissão: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_      É menor de idade? ( ) Sim ( ) Não / Idade na ocasião do parto? \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_      CEP: \_\_\_\_\_

Documentação apresentada: ( ) RG ( ) CPF ( ) Carteira Profissional ( ) GTPS ( ) CNH ( ) Passaporte

( ) Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento (atualizada - 90 dias)

Telefone de contato: ( ) \_\_\_\_\_      E-mail: \_\_\_\_\_

**Pai**

Nome PAI: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Separado ( ) Divorciado ( ) Viúvo      Profissão: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_      É menor de idade? ( ) Sim ( ) Não - Se sim, quantos anos? \_\_\_\_\_

(pai do recém-nascido for maior de 16 anos e capaz, pode reconhecer a paternidade sem assistência)

Endereço: \_\_\_\_\_      CEP: \_\_\_\_\_

Documentação apresentado: ( ) RG ( ) CPF ( ) Carteira Profissional ( ) GTPS ( ) CNH ( ) Passaporte ( ) Certidão de Nascimento (

( ) Certidão de Casamento (atualizada - 90 dias)

Telefone de contato: ( ) \_\_\_\_\_      E-mail: \_\_\_\_\_

**Representante**

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

Nome: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Separado ( ) Divorciado ( ) Viúvo      Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_      CEP: \_\_\_\_\_

Documentação apresentado: ( ) RG ( ) CPF ( ) Carteira Profissional ( ) GTPS ( ) CNH ( ) Passaporte

( ) Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento (atualizada - 90 dias)

Telefone de contato: ( ) \_\_\_\_\_      E-mail: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Mãe ou Representante

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

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





083

**IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)**

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

**INFORMAÇÕES FUNCIONAIS DO SERVIDOR**

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

**INFORMAÇÕES SOBRE A GUIA DE INSPEÇÃO MÉDICA - G.I.M.**

Finalidade:	Motivo da Concessão do Benefício:		
( ) Inicial	( ) Licença Maternidade (180 dias)	( ) Licença para acompanhamento familiar	
( ) Prorrogação	( ) Junta Médica	( ) Auxílio Acidentário no trabalho ou Doença Ocupacional	
	( ) Auxílio Doença	( ) Avaliação - readaptação de função	
		( ) Redução de carga horária	

**OBSERVAÇÕES:**


**PARECER FINAL:**

( ) Não existe incapacidade para o trabalho

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

RESPONSÁVEL / FUMSEG: \_\_\_\_\_

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

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



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

**IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)**

**084**

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

**INFORMAÇÕES FUNCIONAIS DO SERVIDOR**

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

**INFORMAÇÕES SOBRE A HOMOLOGAÇÃO DE INSPEÇÃO MÉDICA**

Finalidade: INICIAL	Motivo da Concessão do Benefício: JUNTA MÉDICA - HOMOLOGAR ATESTADO
------------------------	--

**OBSERVAÇÕES:**

RESPONSÁVEL / FUMSEG: \_\_\_\_\_

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

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

 <p>PREFEITURA DE HORIZONTE DE MARACÁU COM VOTZ</p>		 <p>HOSPITAL DE HORIZONTE (HMVRS)</p>	
IDENTIFICAÇÃO DA SOLUÇÃO			
NOME:			
ENFERMARIA:	LEITO:		
SOLUÇÃO:	ml		
ELETROLITOS:	ml		
ELETROLITOS:	ml		
DROGAS:	ml		
VAZÃO:	ml/h	gt/m	
DATA:	HORA:		
RESPONSÁVEL:			

 <p>PREFEITURA DE HORIZONTE DE MARACÁU COM VOTZ</p>		 <p>HOSPITAL DE HORIZONTE (HMVRS)</p>	
IDENTIFICAÇÃO DA SOLUÇÃO			
NOME:			
ENFERMARIA:	LEITO:		
SOLUÇÃO:	ml		
ELETROLITOS:	ml		
ELETROLITOS:	ml		
DROGAS:	ml		
VAZÃO:	ml/h	gt/m	
DATA:	HORA:		
RESPONSÁVEL:			



085



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

DENGUE, ZICA E  
CHIKUNGUNYA

Disque Endemias  
**3336 6033**



**086**



087



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

HORIZONTE- CE	GELADEIRA	MÊS:	ANO: 2019
---------------	-----------	------	-----------

DIA	MANHÃ					TARDE				
	HORA	MAXIMA	MINIMA	MOMENTO	ASS.	HORA	MAXIMA	MINIMA	MOMENTO	ASS.
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										

ASS. ENF. RESPONSÁVEL:

ASS. TEC. RESPONSÁVEL:

OBSERVAÇÕES:



Centro de Atenção Psicossocial - CAPS  
 Rua Raimundo Nonato, N° 60  
 Planalto - Horizonte-CE - Fone: 3336.6042



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

088

Não intensivo ( ) Semi intensivo ( ) intensivo ( )

PLANO TERAPÊUTICO DATA

Turno	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexto
MANHÃ					
TARDE					

PLANO TERAPÊUTICO (intervenção) DATA

Turno	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexto
MANHÃ					
TARDE					

PLANO TERAPÊUTICO (intervenção) DATA

Turno	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexto
MANHÃ					
TARDE					

PLANO TERAPÊUTICO (intervenção) DATA

Turno	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexto
MANHÃ					
TARDE					

PLANO TERAPÊUTICO (intervenção) DATA

Turno	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexto
MANHÃ					
TARDE					

PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA



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

Nº Pront: \_\_\_\_\_

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

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

089

3- Endereço: \_\_\_\_\_

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

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

6- Condição de União:

( ) solteira ( ) casada ( ) união estável  
( ) divorciada ( ) viúva

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

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

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

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

11- Número de gestações: \_\_\_\_\_

12- Número de partos: \_\_\_\_\_

13- Número de abortos: \_\_\_\_\_

14- Nº de partos vaginais: \_\_\_\_\_

15- Número de cesáreas: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

22- Intercorrência na gestação:

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

23- Tipo de gestação:

( ) única ( ) gemelar ( ) tripla ou mais

24- Apresentação feto 1: ( ) cefálica ( ) pélvica ( ) transversa

25- Apresentação feto 2: ( ) cefálica ( ) pélvica ( ) transversa

26- Início do TP:

( ) espontâneo ( ) induzido com misoprostol ( ) induzido com ocitocina  
( ) sem trabalho de parto

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

28- Contrações na admissão: ( ) não ( ) sim

29- Membranas íntegras na admissão: ( ) não ( ) sim

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

31- Partograma: ( ) não ( ) sim

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

33- Venóclise: ( ) não ( ) sim

34- Jejum: ( ) não ( ) sim

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

36- Uso de ocitocina:

( ) não ( ) 1º estágio - dilatação ( ) 2º estágio - expulsivo ( ) 3º estágio - delivramento

37- Uso de outra medicação durante TP:

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

38- Acompanhante durante TP:

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

39- Métodos não-farmacológicos de alívio da dor:

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

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

Hora: \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_

41- Tipo de parto:

( ) vaginal ( ) fórceps ( ) cesárea intraparto  
( ) cesárea eletiva ( ) cesárea com laqueadura tubárea



**42-Indicação de cesárea:**

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

**43-Tipo de anestesia na cesárea:**

- raquidiana  peridural  geral

Anestesiista: \_\_\_\_\_

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

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

**45-Local do parto:**

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

**46-Acompanhante no parto:**

- não  companheiro  mãe  outro

**47-Episiotomia:**

- não  médio-lateral  mediana  
 não se aplica

**48-Laceração espontânea:**

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

**49-Posição no expulsivo:**

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

**50-Manobra de Kristeller:**

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

**51-Clampeamento do cordão umbilical:**

- imediato  tardio - \_\_\_ min

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

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

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

- não  sim

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

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

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

**56- Pediatra no parto:**

- não  sim - profissional: \_\_\_\_\_

**57-Intercorrências com a mãe:**

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

**58-Intercorrências com o RN:**

- não  reanimação neonatal  síndrome da  
aspiração meconial  oxigenoterapia  icterícia  
 infecção neonatal  prematuridade  sífilis  
congénita  microcefalia  malformações  
congénitas  isoimunização  hipoglicemia  
 outras: \_\_\_\_\_

**59-Transferência materna:**

- não  sim - motivo: \_\_\_\_\_

**60-Transferência do RN:**

- não  sim - motivo: \_\_\_\_\_

**61-Resultado perinatal:**

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

**62-Acompanhante no pós-parto:**

- não  companheiro  mãe  outro

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

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

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

Enfermeiro durante TP:

Enfermeiro no parto:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE**  
**SECRETARIA DA SAÚDE**

HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO R/ MUNDO DE SOUSA  
Rua Luiza Noronha, 45 - Zumbi - Horizonte - CE  
CEP. 62.880-000  
Fone: (85) 3336.8060 / Fax (85) 3336.6043



**LAUDO COMPLEMENTAR PARA:**

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

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

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

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

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

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

090

JUSTIFICATIVA

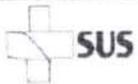
ASS. MÉDICO SOLICITADO  
CARIMBO

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

AUDITOR

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

ASSINATURA CPF  
CARIMBO



Estado de Santa Catarina  
Ministério da Saúde

## LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC



### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - ENDEREÇO DA RUA

CDD

10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CE

091

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTD

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTD

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTD

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

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

### SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

( ) CNS

( ) CPF

### AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD ORGÃO EMISSOR

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

( ) CNS

( ) CPF

DATA DA AUTORIZAÇÃO

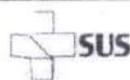
ASSINATURA E CARIMBO

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES



Sistema **Ministério**  
Único de **da**  
Saúde **Saúde**

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**



**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

092

2 - CNES

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

Masc.

Fem.

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

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

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Secretaria da Saúde  
de Horizonte

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fig. 1/2



## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE	4 - Nº DO PRONTUÁRIO
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	7 - SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)	9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	12 - CDD - DÍGITO MUNICIPAL
	13 - UF
	14 - CEP

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

## PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

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

093

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

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

## SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	39 - DATA DA SOLICITAÇÃO	42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
40 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	41 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORÇÃO EMISSOR	48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (ARAC)
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	49 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

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



Secretaria da Saúde  
de Horizonte

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



**1 ONCOLOGIA**

**IDENTIFICAÇÃO PATOLÓGICA DO CASO**

53-Localização do tumor primário \_\_\_\_\_ 54-CID-10 Topografia \_\_\_\_\_

55-LINFONODOS REGIONAIS INVADIDOS  SIM  NÃO NÃO AVALIÁVEIS  \_\_\_\_\_ 56-Localização de Metástase(s) \_\_\_\_\_

57-Estádio(UICO) \_\_\_\_\_ 58-Estádio(outro sistema) \_\_\_\_\_ 59-Grau Histopatológico \_\_\_\_\_

60-Diagnóstico Cito \_\_\_\_\_ 61-Data \_\_\_\_\_

**1.1 QUIMIOTERAPIA**

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

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

TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global

65-Continuidade de Tratamento  NÃO  SIM 66-Data de Início do Tratamento Solicitado \_\_\_\_\_ 67-ESQUEMA (Sigla ou abreviatura) \_\_\_\_\_ 68-Nº Total de Meses Planejados \_\_\_\_\_ 69-Nº de Meses Autorizados \_\_\_\_\_

**1.2 RADIOTERAPIA**

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

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

TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global

73-Continuidade de Tratamento  NÃO  SIM 74-Data de Início do Tratamento Solicitado \_\_\_\_\_ 75-Finalidade  RADICAL  ADJUVANTE  ANTIALGICA  PALIATIVA  PRÉVIA  ANTIHEMORRÁGICA

ÁREA IRRADIADA

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

**2 NEFROLOGIA**

81-PRIMEIRO ATENDIMENTO

DATA DA 1ª DIALISE REALIZADA \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ m ACESSO VASCULAR  Sim  Não

IMC(kg/m<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Kg aa HIV  Positivo  Negativo

Diurese \_\_\_\_\_ ml BR HCV  Positivo  Negativo

Glicose \_\_\_\_\_ mg HBs Ag  Positivo  Negativo

Albumina \_\_\_\_\_ % Ultrasonografia Abdominal  Sim  Não

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

82-SEGUIMENTO

TRU \_\_\_\_\_ Inscrito na lista de CNCDO  Sim  Não

Hb \_\_\_\_\_ g% aa HIV  Positivo  Negativo

Albumina \_\_\_\_\_ g% aa HCV  Positivo  Negativo

Intervenção de Fístula \_\_\_\_\_ QTD aa HBs  Positivo  Negativo

**SOLICITAÇÃO**

**AUTORIZAÇÃO**

83- ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL SOLICITANTE

84- ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL AUTORIZADOR





SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



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

MAPA DE CONTROLE DE PEDIDOS  
CITOLÓGICOS

095

UNIDADE:

DATA:

RESPONSÁVEL PELA COLETA:

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

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