



PREFEITURA DE
HORIZONTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE – CE
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA



SERVIÇO DE ENFERMAGEM

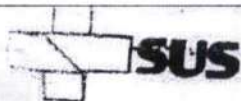
Nome	Data
	Leito

ADMISSÃO E PRÉ-PARTO

189

CONTROLE DE BATIMENTOS CARDIOFETAIS

[illegible]



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MES

ANO

190



ATENDIMENTO REALIZADO

SEQUÊNCIA

ACÓRDAMENTO

SEXO

IDADE

QUANTIDADE

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARTEIRO

RUBRICA

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARTEIRO

RUBRICA

DATA

2023.09.02 14:17:00



191

REQUISIÇÃO

PACIENTE

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

SINAN

AMOSTRA / EXAME

BAIXO COMPLETANDO

1 N° Requisição:		2 Unidade de Saúde (ou outra fonte):*		3 CNE:	
4 Município de Atendimento:		5 Código IBGE:		6 Rubrica:	
7 Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Profissional de Saúde:*		8 Nome do Profissional de Saúde:*		9 Número do Conselho Profissional	
11 Data de Solicitação:*		12 Finalidade:*		13 Descrição da Finalidade:	
		1 - Campanha 2 - Inquérito 3 - Investigação 4 - Programa 5 - Protocolo 6 - Projeto 9 - Ignorado			
14 Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Paciente:*		15 Nome do Paciente:*			
16 Data de Nascimento:*		17 Idade:*		18 Sexo:*	
		Quantidade: 1 - Hora(s) 2 - Dia(s) 3 - Mês(es) 4 - Ano(s)		M - Masculino 1 - Ignorado F - Feminino	
20 Raça/Cor:*		21 Etnia:*		22 Nome da Mãe:*	
1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação					
23 Documento 1:		24 Documento 2:			
1 - RG 2 - CPF 3 - CNH Número: 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN		1 - RG 2 - CPF 3 - CNH Número: 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN			
25 Logradouro: (Rua, Avenida...)		26 Ponto de Referência:		28 Número:	
27 Complemento do Logradouro:		29 Bairro:			
30 Município de Residência:*		31 Código IBGE:*		32 UF:*	
33 CEP:		34 DDD / Telefone:		35 Zona:	
				3 - Rural 1 - Urbana 4 - Silvestre 2 - Periurbana 9 - Ignorado	
37 Agravos/Doença:*		38 Data dos Primeiros Sintomas:*		39 Idade Gestacional:	
				1 - 1º Trm. 2 - 2º Trm. 3 - 3º Trm. 4 - Ignorado 5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado	
40 Caso:		41 Tratamento:		42 Etapa de Tratamento:	
1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 4 - Controle 6 - Caso grave 7 - Surto 8 - Diagnóstico 9 - Ignorado		Quantidade: 1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado		1 - Pretreatamento 2 - Tratamento 3 - Retratamento 4 - Avaliação de Resistência 9 - Ignorado	
43 Paciente Tomou Vacina?		44 Vacina?		45 Data da Última Dose:	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
46 Notificado ao SINAN:		47 CID 10:*		48 N° Notificação do SINAN:*	
1 - Sim				49 Data de Notificação:*	
50 Unidade de Saúde Notificante:		51 CNE:*			
52 Município de Notificação:		53 Código IBGE:*		54 UF:*	
55 Pesquisa (s) / Exame(s) Solicitado (s):*	56 Material Biológico:*	57 Localização:	58 Amostra: (1ª, 2ª, 3ª, Única)	59 Mat. Clínico: 1 - IN 2 - AB 3 - CM 4 - MB 5 - MEV 6 - PF 7 - PA 8 - FO 9 - SF 10 - PS	60 Data da coleta:*
					61 Hora da coleta:
					62 Usou medicamento antes da data da coleta?
					63 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso:
					64 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso:
					1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso:
					1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso:
					1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso:
					1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso:
65 Observações Gerais:					

*Campo de preenchimento obrigatório

*Preenchimento automático com informações do Cartão Nacional de Saúde (CNS)



Ordem	Descrição dos Campos
01	Número da requisição: gerado pelo sistema após o cadastro da requisição de exame. (OBRIGATÓRIO).
02	Unidade de Saúde: nome da unidade de saúde que solicita exame (s) da rede de laboratórios.
03	CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) com o número correspondente. (OBRIGATÓRIO).
04	Município de atendimento: Município da Unidade de Saúde onde foi realizada a solicitação do (s) exame(s) do paciente.
05	Código do IBGE: correspondente ao Município de atendimento (OBRIGATÓRIO) do paciente.
06	UF: sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde responsável pela solicitação de exame(s).
07	CNS (Cartão Nacional de Saúde) do profissional de saúde. (AUTO-PREENCHIMENTO).
08	Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s) sem abreviaturas. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).
09	Número do Conselho ou matrícula (abreviatura) do profissional de saúde (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO). Ex: CRM/RJ 1234.
10	Assinatura e carimbo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s).
11	Data da solicitação do exame (s) no formato dd/mm/aaaa. (OBRIGATÓRIO).
12 e 13	Finalidade da requisição de exame: 1 - Campanha (evento investigatório com período definido para doença/agravo específico); 2 - Inquérito (investigação contínua ao longo do tempo para doença/agravo específico); 3 - Investigação (aplicável a doenças/agravs em período e área definidos, em eventos inesperados ou programados, como surtos ou sentinelas); 4 - Programa (eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais); 5 - Protocolo (investigação diagnóstica definida por instituição ou esfera governamental, para definição de perfil diferencial ligada à doença/agravo principal); 6 - Projeto (investigação de doença/agravo ligada a pesquisa) e 9 - Ignorado. Especificar a finalidade da requisição de exame a nível: Nacional ou Estadual. Ex: Inquérito de Sarampo, Programa Mãe Paranaense... Descrição: descrição da finalidade.
14	CNS (Cartão Nacional de Saúde) do Paciente - CNS (AUTO-PREENCHIMENTO).
15	Paciente: nome completo e sem abreviatura. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).
16	Data de nascimento do paciente. No formato dd/mm/aaaa. (AUTO-PREENCHIMENTO).
17	Idade do paciente: campo deve ser preenchido somente se a data de nascimento for desconhecida. (Ex: 10 dias >> deve ser informado na lacuna quantidade o número "10" e na segunda lacuna o item correspondente à opção "2", que significa dia). 1 - Horas(s); 2 - Dias(s); 3 - Mês(s) e 4 - Anos. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).
18	Sexo do paciente. F - Feminino; M - Masculino e I - Ignorado. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).
19	Nacionalidade: país de origem do paciente.
20	Raça/Cor: 1 - Branca; 2 - Preta; 3 - Parda; 4 - Amarela; 5 - Indígena e 99 - Sem informação. (AUTO-PREENCHIMENTO).
21	Etnia: Caso o campo 20 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia. (AUTO-PREENCHIMENTO).
22	Nome da mãe: Informar o nome completo e sem abreviações. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).
23 e 24	Documento do paciente 01 e 02: Este campo deve ser preenchido informando na primeira lacuna o tipo de documento e em seguida seu número. Ex: CPF: 777.888.999.00 >> deve ser informado o item correspondente à opção "2", que significa CPF e segunda lacuna o número 555.555.555. 1 - RG - Carteira de Identidade; 2 - CPF - Cadastro de Pessoa Física; 3 - CNH - Carteira Nacional de Habilitação; 4 - CNS - Cartão Nacional de Saúde; 5 - CNASC - Certidão de Nascimento; 6 - PRONT - Prontuário e 7 - INFOPEN - Sistema de Informações Penitenciárias. Número do documento.
25	Logradouro: endereço do paciente. Ex: Rua, avenida...
26	Número do logradouro do paciente. Ex: apartamento, casa...
27	Complemento do logradouro: Dados complementares do logradouro do paciente.
28	Ponto de referência: auxilia na localização do logradouro do paciente.
29	Bairro onde reside o paciente.
30	Município do logradouro do paciente. (AUTO-PREENCHIMENTO).
31	Código do IBGE correspondente ao município de residência do paciente (OBRIGATÓRIO e (AUTO-PREENCHIMENTO)).
32	UF: Sigla da Unidade de Federação do logradouro do paciente. (AUTO-PREENCHIMENTO).
33	CEP (Código de endereçamento postal) do logradouro do paciente. Ex: 71860-800.
34	Código da localidade e o telefone para contato do paciente. (DDD e número do telefone). Ex: 61-33213-8000.
35	Zona: classificação do logradouro do paciente. 1 - Urbana; 2 - Periférica; 3 - Rural; 4 - Silvestre e 9 - Ignorado.
36	País do logradouro do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).
37	Informações Clínicas do Agravo/Doença: Informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO) pelo profissional de saúde.
38	Data dos primeiros sintomas: data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato dd/mm/aaaa. (OBRIGATÓRIO).
39	Idade Gestacional: paciente do sexo feminino, informar o período gestacional no momento da ocorrência do agravo/doença. O paciente do sexo masculino, informar a opção 6 - não se aplica.
40	Caso classificação: 1 - Suspeita (diagnóstico para definição de doença/agravo); 2 - Comunicante (paciente teve contato familiar, sexual com um caso); 3 - Acompanhamento (paciente em tratamento de doença/agravo); 4 - Controle (controle de tratamento de doença/agravo finalizado); 5 - Óbito (diagnóstico para esclarecimento de causa mortis); 6 - Caso grave (paciente em estado grave, internado ou não); 7 - Surto (esclarecimento de ocorrência de doença/agravo em área restrita); 8 - Diagnóstico (paciente para confirmação da doença/agravo) e 9 - Ignorado.
41	Tratamento: Informar o tempo de tratamento do paciente de acordo com a data da solicitação do exame (s). Ex: 10 dias >> deve ser informado na lacuna quantidade o número "10", e na segunda lacuna o item correspondente à opção "1", que significa dia.
42	Etapa de tratamento: etapa de tratamento do paciente de acordo com a data da solicitação do exame (s), podendo ser: 1 - Pré-tratamento (sem tratamento); 2 - Tratamento (sob medicação); 3 - Retratamento (iniciado novamente o tratamento ou troca de tratamento); 4 - Avaliação de resistência (paciente com resultados laboratoriais com resistência ao medicamento) e 9 - Ignorado.
43	O paciente tomou vacina? - O campo deve ser preenchido, após verificar no cartão de vacina, se o paciente vacinado contra o agravo/doença suspeito ou confirmado conforme solicitação de exame (s). 1 - Sim; 2 - Não e 9 - Ignorado.
44	Vacina: Especificar a vacina relacionada ao agravo/doença.
45	Data da última dose da vacina relacionada ao agravo/doença no formato dd/mm/aaaa.
46	Agravo/doença com o número de Notificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação.
47	CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) Informar o código correspondente agravo/doença do SINAN, de acordo com o campo 36 (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
48	Número de Notificação do SINAN (07 dígitos): especificar o número de notificação do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
49	Data da notificação: de acordo com ficha de notificação SINAN no formato dd/mm/aaaa. (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
50	Unidade de Saúde que realizou a notificação do SINAN.
51	CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) Informar o número. (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE SOLICITANTE).
52	Município da unidade de saúde que realizou a notificação do SINAN.
53	Código do IBGE (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO).
54	Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde, que realizou a notificação no SINAN.
55	Pesquisa (s) / Exame (s) Solicitado (s): conjunto de exame (s) e metodologia (s) relacionada (s) e associado (s) ao Número (s) da (s) Amostra (s) que foi coletada (s).
56	Material Biológico (amostra enviada). Informar o(s) tipo(s) de material (is) biológico(s) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s). (OBRIGATÓRIO).
57	Localização do material biológico, caso tenha sido especificado, da amostra foi coletada. Ex. Abdômen, raspado...
58	Informar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. 1ª - 1ª amostra; 2ª - 2ª amostra; ...; U - Única (OBRIGATÓRIO).
59	Material Clínico: modo como a amostra foi enviada: 1 - IN - Amostra in Natura; 2 - IB - Isolado Bacteriano; 3 - LM - Lâmina; 4 - MTB - Meio de Transporte Bacteriano; 5 - MTV - Meio Transporte Viral; 6 - FF - Fixado em Formal; 7 - FA - Fixado em Álcool; 8 - FO - Fixado em Outros; 9 - BP - Bloco de Parafina e 10 - PF - Em Papel de Filtro.
60	Data da Coleta: data em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato dd/mm/aaaa. (OBRIGATÓRIO).
61	Hora da Coleta: Informar a hora em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato hh:mm Ex: 12h 54min.
62, 63, 64	Usou medicamento na data da coleta: 1 - Sim; 2 - Não e 9 - Ignorado Caso a informação seja 1 - Sim, Especificar e inserir a data de início do uso do medicamento.
65	Observações Gerais: informações que auxiliam no diagnóstico laboratorial.

Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa

Rua Maria Luiza Noronha, 45, Zumbi - Horizonte/CE

CEP 62882-020 Fone: (85) 3336-6048

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ABORTAMENTO

PACIENTE:	PRONTUÁRIO:	
DATA: / /	LEITO:	D.I.H.
DIAGNÓSTICO MÉDICO:		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	SINAIS VITAIS						
			HORA	PA	TEMP	PULSO	RESP	ASS	
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS									
P ABORTAMENTO DE QUALQUER ETIOLOGIA	VERIFICAR E ANOTAR SSVV								
	PUNÇONAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO								
	MANTER REPOUSO NO LEITO								
	TROCAR ABSORVENTES, OBSERVANDO O VOLUME E ASPECTO STV								
	CONTROLAR FLUXO DE INFUSÕES VENOSAS REAJUSTANDO GOTEJAMENTO CPM								
2. () RISCO DE CHOQUE RELACIONADO A: PERDA SANGUINEA	OBSERVAR COLORAÇÃO DE PELE E MUCOSAS								
	AVALIAR SINAIS DE CHOQUE HIPOVOLÊMICO (TAQUICARDIA, PULSO FILIFORME, SUDORESE, ALTERAÇÕES DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA OU								
	MONITORAR RIGOROSAMENTE PULSO E PA								
	PROMOVER RETORNO VENOSO ELEVANDO MMII								
	INSTALAR OXIMETRIA DE PULSO								
3. () DOR AGUDA RELACIONADA A: AGENTES LESIVOS (BIOLÓGICOS, QUÍMICOS, FÍSICOS, PSICOLÓGICOS)	ADMINISTRAR HEMODERIVADOS CPM								
	ORIENTAR SOBRE A CAUSA DA DOR E O PROCESSO DE ABORTAMENTO								
	IMPLEMENTAR TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA COM								
	PROPORCIONAR POSIÇÃO DE CONFORTO								
	REGISTRAR LOCAL/CARACTERISTICA DA DOR								
4. () HIPERTERMIA RELACIONADA A: PROCESSO INFECCIOSO	REALIZAR CURVA TERMICA								
	APLICAR MEIO: FÍSICOS SN								
	ADMINISTRAR TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA CPM								
	VERIFICAR PRESENÇA DE LOCAIS FLOGÍSTICOS EM LOCAIS DE PUNÇÃO								
	TROCAR PUNÇÃO VENOSA A CADA 72h								
5. () RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A: PROCEDIMENTOS INVASIVOS	OBSERVAR CARACTERÍSTICAS DAS PERDAS VAGINAIS								
	IMPLEMENTAR TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA CPM								
	AVALIAR INTEGRIDADE DA PELE, REGISTRANDO ALTERAÇÕES								
	ESTIMULAR A EXPRESSÃO DOS SENTIMENTOS/ PREOCUPAÇÃO								
	PROMOVER SUPORTE EMOCIONAL(ESCUTA, APOIO, ACONSELHAMENTO)								
6. () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA RELACIONADO A: PROCEDIMENTOS INVASIVOS, 7. () SÍNDROME DO TRAUMA DO ESTUPRO									

1053

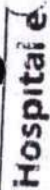
PÁGINA 1

192

OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM



192



laternidade Venâncio Raimundo de Sousa

Rua Maria Luiza Noronha, 45, Zumbi - Horizonte/CE

Cell 62882-020
Fone: (85) 3336 6048

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - CENTRO OBSTÉTRICO

PACIENTE:

DATA:

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

021137

D.L.H.

PRONTUÁRIO:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		HORÁRIO	SINAIS VITAIS					
					HORA	PA	TEMP	PULSO	RESP	ASS
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS										
1. () VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTES RELACIONADO A: INGESTÃO ALTERADA DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PERDA SANGÜÍNEA		CONTROLAR FLUXO DE INFUSÕES VENOSAS REAJUSTANDO GOTEJAMENTO (CPM) MEDIR DIURSE OFERECER LÍQUIDOS CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA (COM) MONITORAR PULSO E PA, COMUNICAR SE HIPOTENSÃO, PULSO FILIFORME OU TAQUICARDIA REDUZIR ILUMINAÇÃO DO AMBIENTE REDUZIR RUÍDOS DO AMBIENTE ESTIMULAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA DURANTE AS METROSSÍSTÓLES ORIENTAR BANHOS DE ASPERSÃO FREQUENTES VERIFICAR EXAMES LABORATORIAIS (Hb e Ht) TROCAR ABSORVENTES, OBSERVANDO VOLUME E ASPECTO DO STV VERIFICAR TÔNUS UTERINO								
2. () FADIGA RELACIONADO A: GRAVIDEZ, ESFORÇO FÍSICO AUMENTADO, PRIVAÇÃO DO SONO, ESTRESSE, CONDIÇÃO FÍSICA DEBILITADA, SONO										
3. () RISCO DE SANGRAMENTO: CIVD, PP, DPP, ATONIA UTERINA, PLACENTA RETIDA, SANGRAMENTO DO 1º TRIMESTRE DA GRAVIDEZ		OBSERVAR COLORAÇÃO DE PELE E MUCOSAS REALIZAR BALANÇO HÍDRICO ADMINISTRAR HEMODERIVADOS COM PREPARAR MATERIAIS PARA CATETERIZAÇÃO VENOSA, VESICAL E OXIGENOTERAPIA CONFORME NECESSIDADES AJUDAR AS MÃES A INICIAR O ALEITAMENTO MATERNO NA 1ª MEIA HORA APÓS O NASCIMENTO ENCORAJAR O ALEITAMENTO SOB LIVRE DEMANDA INFORMAR SOBRE OS BENEFÍCIOS E O MANEJO DO ALEITAMENTO MATERNO VERIFICAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS EM LOCAL DE PUNÇÃO VENOSA TROCAR PUNÇÃO VENOSA A CADA 72h OBSERVAR CARACTERÍSTICAS DAS PERDAS VAGINAIS MONITORAR TEMPO DE BOLSA ROTA REALIZAR TEMPO DE BOLSA ROTA REALIZAR/REINICIAR LIMPEZA DO PERÍNEO APLICAR COMPRESSAS FRIAS PARA REDUZIR EDEMA								
4. () AMAMENTAÇÃO EFICAZ/INTERRUPIDA RELACIONADA A: CONTRAINDICAÇÕES À AMAMENTAÇÃO, DOENÇA DA CRIANÇA/MÃE, PREMATURIDADE, REFLEXO DE SUÇÃO INSATISFATÓRIO DO BEBÊ, DÉFICIT DE CONHECIMENTO, ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS DA MAMMA										
5. () RISCO DE INFECÇÃO: PROCEDIMENTOS INVASIVOS (EPISIORRAFIA), DOENÇAS CRÔNICAS, IMUNOSSUPRESSÃO, RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS										
					CURVA GLICÊMICA	GLICEMIA	INSULINA	ASS		
					HORA					

1000

PAGINA

193



Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo da Sousa

Rua Maria Luiza Noronha, 45, Zumbi - Horizonte/CE

CEP 62882-020 Fone: (85) 3336-6048

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - CENTRO OBSTÉTRICO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM
6. () RISCO DE LESÃO (FETAL): *HIPÓXIA, MACROSSOMIA, INFECÇÃO MATERNA, USO DE DROGAS, TRABALHO DE PARTO PROLONGADO	VERIFICAR SSVV MONITORAR BCF E DC ESTIMULAR POSITIVAS VERTICALIZADAS ORIENTAR DE UTILIZAR BIX PARA ADMINISTRAÇÃO DE UTEROTÔNICO (OCITOCINA) CPM ORIENTAR SOBRE A CAUSA DA DOR E O PROCESSO DE PARTO		
7. () DOR AGUDA RELACIONADA A: AO AUMENTO DA FREQUÊNCIA E DA INTENSIDADE DAS CONTRAÇÕES UTERINAS	ESTIMULAR O ACOMPANHANTE NA REALIZAÇÃO DE MASSAGEM DE CONFORTO ENCORAJAR A PARTURIENTE NO USO DE TÉCNICAS COMO RESPIRAÇÃO PROFUNDA, BALANÇO PÉLVICO, BANHOS DE ASPERSÃO, DEAMBULAÇÃO SOLICITAR PRESENÇA DE DOULA E/OU ACOMPANHANTE ESTIMULAR MICOÇÃO FREQUENTE		
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
8. () ANSIEDADE RELACIONADA A: ESTRESSSE, AMEAÇA DE MORTE/AMEAÇA AO ESTADO DE SAÚDE, MUDANÇA NA FUNÇÃO DE PAPEL, NECESSIDADES NÃO SATISFEITAS, CONDIÇÃO DE SAÚDE DO RN, ABANDONO, ISOLAMENTO	ESTIMULAR A EXPRESSÃO DOS SENTIMENTOS/ PREOCUPAÇÃO ESTIMULAR PRESENÇA DO ACOMPANHANTE APRESENTAR A UNIDADE DE INTERNAÇÃO MANTER A MULHER E O ACOMPANHANTE INFORMADOS SOBRE O TRABALHO DE PARTO E PARTO MANTER PAIS INFORMADOS SOBRE O RN ENVOLVER OS PAIS NO CUIDADO DO RN QUANDO POSSÍVEL INFORMAR AOS PAIS SOBRE AS ROTINAS HOSPITALARES (HORÁRIO DE TROCA DE ACOMPANHANTES, HORÁRIO DE VISITA, REGISTRO EM CARTÓRIO, ENTRE OUTROS)		
9. () RISCO DE VÍNCULO PREJUDICADO: RN PREMATURO, RN DOENTE, ÓBITO FETAL			
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
10. () RISCO DE SOFRIMENTO ESPIRITUAL RELACIONADO A: MUDANÇA NO MEIO AMBIENTE, MUDANÇA NA VIDA, BAIXA AUTOESTIMA, MUDANÇA NAS PRÁTICAS RELIGIOSAS	PROMOVER SUPORTE EMOCIONAL (ESCUTA, APOIO, ACONSELHAMENTO)		

LEGENDAS: (A) - AUSENTE, (P) - PRESENTE, (M) - MANTIDO, (R) - RISCO

ASSINATURA COM CARIMBO



DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM	
☐ Risco de infecção relacionado à: ☐ Desidratação ☐ Cateteres ☐ Procedimento invasivo ☐ Delese primária inadequada		☐ Monitorar e registrar sinais vitais ☐ Monitorar sinais fisiológicos (cor, calor, rubor e edema) da tendo operações e dos dispositivos (acesso venoso periférico e central) e diurese ☐ Realizar troca de dispositivos de infusão venosa (fixação, equino extensor, local de acesso)			
☐ Eliminação Urinária Prejudicada relacionada a: ☐ Infecção do Trato Urinário ☐ Obstrução Anatômica ☐ Obstrução Física (SVD) ☐ Dano senso-motor		☐ Realizar sondagem vesical conforme prescrição médica ☐ Registrar eliminações urinárias (quantidade, coloração) ☐ Orientar a higiene íntima ☐ Monitorar sinais/sintomas de infecção			
☐ Integridade da Pele Prejudicada relacionado à: ☐ Imobilização física/extremo de idade ☐ Proeminência ósseas ☐ Doença atual/preexistentes ☐ Circulação Prejudicada		☐ Realizar mudança de decúbito rigoroso a cada 2 horas ☐ Manter em alito de proeminências ósseas ☐ Manter pele hidratada, livre de umidade e secreções ☐ Realizar curativos conforme necessário			
☐ Risco de Sangramento relacionado à: ☐ Coagulopatia ☐ Plaquetopenia ☐ Cirurgias ☐ Doença atual/preexistentes ☐ Efeitos secundários relacionados ao uso de anticoagulantes		☐ Prestar assistência no auto cuidado ☐ Checar e comunicar alterações nos exames ☐ Orientar repouso absoluto ☐ Monitorar e registrar presença de sangramentos (enterorragias, melena e outros)			
☐ Nutrição desequilibrada (menos que as necessidades) ☐ Capacidade prejudicada de ingerir alimentos ☐ Doença atual/preexistentes ☐ Medicamentos ☐ Ingestão excessiva em relação as necessidades metabólicas, apetite diminuído.		☐ Discutir hábitos alimentares, preferências e aversões ☐ Auxiliar/controlar a ingestão de líquidos ☐ Registrar aceitação da dieta oferecida ☐ Mensurar resíduo gástrico, se SNG/SNE presente ☐ Identificar fatores psicológicos			
☐ Desequilíbrio hidroeletrólito relacionado à: ☐ Efeitos secundários ao tratamento ☐ Distúrbio renal (DRC/IRA) ☐ Diarreia ☐ Vômitos ☐ Mecanismos reguladores prejudicados		☐ Registrar a presença de edemas ou sinais de desidratação ☐ Auxiliar/controlar a ingestão de líquidos ☐ Realizar balanço hídrico rigoroso ☐ Controlar fluxo de infusão venosa de acordo com a prescrição médica ☐ Realizar troca de decúbito a cada 2 horas.			

ENFERMEIRO (A) - COREN

SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIO-SAEP

NOME:

IDADE:

PESO

ADMISSÃO / / ÀS

HORAS LEITO:

PRONTUÁRIO:

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:

DIA / /

ENFERMEIRO(a):

PREPARO:

HIGIENIZAÇÃO:

SIM ()

NÃO ()

JEJUM:

SIM () DESDE / / ÀS

NÃO ()

TRICOTOMIA:

SIM ()

NÃO ()

RETIROU PROTESES

SIM ()

NÃO ()

RETIROU ADORNOS

SIM ()

NÃO ()

PREPARO DE COLON:

SIM ()

NÃO () SATISFATORIO: SIM () NÃO ()

AUTORIZAÇÃO P/ CIRURGIA:

SIM ()

NÃO ()

RESERVA DE HEMODERIVADOS:

SIM ()

NÃO () QUANTIDADE

EXAMES:

SANGUE

SIM ()

NÃO ()

ECG

SIM ()

NÃO ()

RAIO X

SIM ()

NÃO ()

U.S.

SIM ()

NÃO ()

ANTECEDENTES

HAS

SIM ()

NÃO ()

CARDIOPATIA

SIM ()

NÃO ()

DIABETES

SIM ()

NÃO ()

BRONQUITE / ASMA

SIM ()

NÃO ()

OBESIDADE

SIM ()

NÃO ()

DROGAS

SIM ()

QUAIS NÃO ()

ALERGIAS, A QUE?

CIRURGIAS ANTERIORES QUAIS?

ALTERAÇÕES

ESTADO EMOCIONAL: () MEDO () ANSIEDADE () INDIFERENÇA () COOPERATIVA () TRANQUILA

HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	RÚBRICA / COREN

INTRA-OPERATÓRIO

ADMISSÃO NO C.C. ÀS

ENFERMEIRO(A)

AUX. DE ENF.:

PA: mmhg

FC: bpm

FR: l/rpm

T: °C

INÍCIO DA CIRURGIA ÀS

TÉRMINO ÀS

TEMPO DE CIRURGIA

CIRURGIÃO

ANESTESISTA:

INSTRUMENTADOR:

HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	RÚBRICA / COREN

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ANATOMO-PATOLÓGICO

SIM ()

NÃO ()

SONDA VESICAL

SIM ()

NÃO ()

SONDA NASOGÁTRICA

SIM ()

NÃO ()

ENTUBAÇÃO

SIM ()

NÃO ()

DRENOS

SIM ()

NÃO ()

195



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
Rua Luitza Noronha, 45 - CEP: 62.880-000 - Zumbi - Horizonte - Ce
Fone: (0**85) 3336.6060 / Fax: (0**85) 3336.6043
hospital@horizonte.ce.gov.br



Solicitação de Exame Radiográfico



NOME: _____

IDADE: _____

SOLICITO A REALIZAÇÃO DO(S) SEGUINTE(S) EXAME(S) RADIOGRÁFICO(S).

- | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| ☐ Crânio | ☐ Sacrococcígea | ☐ Bacia | ☐ Pé |
| ☐ Waters | ☐ Ombro | ☐ Quadril | ☐ Clavícula |
| ☐ Tórax | ☐ Braço | ☐ Coxa | ☐ Arcos Cortais |
| ☐ Abdome | ☐ Antebraço | ☐ Joelho | |
| ☐ Coluna cervical | ☐ Cotovelo | ☐ Perna | |
| ☐ Coluna torácica | ☐ Punho | ☐ Tornozelo | |
| ☐ Coluna Lombar | ☐ Mão | ☐ Calcâneo | |

DATA: ____/____/____

ASSINTURA _____

196



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
Rua Luitza Noronha, 45 - CEP: 62.880-000 - Zumbi - Horizonte - Ce
Fone: (0**85) 3336.6060 / Fax: (0**85) 3336.6043
hospital@horizonte.ce.gov.br



Solicitação de Exame Radiográfico

NOME: _____

IDADE: _____

SOLICITO A REALIZAÇÃO DO(S) SEGUINTE(S) EXAME(S) RADIOGRÁFICO(S).

- | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| ☐ Crânio | ☐ Sacrococcígea | ☐ Bacia | ☐ Pé |
| ☐ Waters | ☐ Ombro | ☐ Quadril | ☐ Clavícula |
| ☐ Tórax | ☐ Braço | ☐ Coxa | ☐ Arcos Cortais |
| ☐ Abdome | ☐ Antebraço | ☐ Joelho | |
| ☐ Coluna cervical | ☐ Cotovelo | ☐ Perna | |
| ☐ Coluna torácica | ☐ Punho | ☐ Tornozelo | |
| ☐ Coluna Lombar | ☐ Mão | ☐ Calcâneo | |

DATA: ____/____/____

ASSINTURA _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
Rua Luitza Noronha, 45 - CEP: 62.880-000 - Zumbi - Horizonte - Ce
Fone: (0**85) 3336.6060 / Fax: (0**85) 3336.6043
hospital@horizonte.ce.gov.br



Solicitação de Exame Radiográfico

NOME: _____

IDADE: _____

SOLICITO A REALIZAÇÃO DO(S) SEGUINTE(S) EXAME(S) RADIOGRÁFICO(S).

- | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| ☐ Crânio | ☐ Sacrococcígea | ☐ Bacia | ☐ Pé |
| ☐ Waters | ☐ Ombro | ☐ Quadril | ☐ Clavícula |
| ☐ Tórax | ☐ Braço | ☐ Coxa | ☐ Arcos Cortais |
| ☐ Abdome | ☐ Antebraço | ☐ Joelho | |
| ☐ Coluna cervical | ☐ Cotovelo | ☐ Perna | |
| ☐ Coluna torácica | ☐ Punho | ☐ Tornozelo | |
| ☐ Coluna Lombar | ☐ Mão | ☐ Calcâneo | |

DATA: ____/____/____

ASSINTURA _____



SECRETARIA DE SAÚDE

Avenida Presidente Castelo Branco, 3600- Centro - Horizonte

Fone: (085) 3336-6050

198

SOLICITAÇÃO DE FOLGA

NOME DO SOLICITANTE:	
CARGO/FUNÇÃO:	
UNIDADE DE TRABALHO:	

TIPO DE FOLGA

☐ FOLGA T.R.E. ☐ CAMPANHA VACINAÇÃO ☐ FOLGA MENSAL

☐ OUTRAS _____

DATA DA FOLGA: ____/____/____

OBSERVAÇÕES

Solicitado em: ____/____/____

Assinatura do solicitante

Assinatura da Chefia da Unidade

Assinatura da Diretoria Atenção Primária

OBS: A Folga deverá ser solicitada com 08 (oito) dias de antecedência



SECRETARIA DE SAÚDE

Avenida Presidente Castelo Branco, 3600 - Centro - Horizonte

Fone: (085) 3336-6050

SOLICITAÇÃO DE FOLGA

NOME DO SOLICITANTE:	
CARGO/FUNÇÃO:	
UNIDADE DE TRABALHO:	

TIPO DE FOLGA

☐ FOLGA T.R.E. ☐ CAMPANHA VACINAÇÃO ☐ FOLGA MENSAL

☐ OUTRAS _____

DATA DA FOLGA: ____/____/____

OBSERVAÇÕES

Solicitado em: ____/____/____

Assinatura do solicitante

Assinatura da Chefia da Unidade

Assinatura da Diretoria Atenção Primária

OBS: A Folga deverá ser solicitada com 08 (oito) dias de antecedência





199



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETÁRIA DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
Solicitação de Medicação na CAF

[illegible]

Data: / /

Responsável Farmácia HMVRS



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



200

SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA LAQUEADURA

Eu, _____
Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Estado civil: _____
Gesta: _____ Para: _____ Aborto: _____ Número de filhos: _____ Escolaridade: _____
Método contraceptivo 1: _____ Método contraceptivo 2: _____ Gestação de alto risco? _____
Endereço: _____ Nº _____
Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____
RG: _____ CPF: _____
Nome do esposo/companheiro: _____
RG: _____ CPF: _____ Idade: _____

Voluntariamente, solicito a esterilização por vasectomia. Afirmo que fui devidamente esclarecido e que estou ciente que:

1. Estou em gozo de minha plena capacidade civil.
2. Métodos contraceptivos temporários estão disponíveis e foram oferecidos ao casal.
3. Estou manifestando, neste ato, a vontade de submeter-me a cirurgia acima citada, e que recebi informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de sua reversão e opções de contraceptivos reversíveis existentes.
4. Estamos cientes do ato cirúrgico que será realizado e de suas possíveis consequências, e que manifestamos expressamente o consentimento mútuo e comum, assinando o presente termo.
5. Eu posso decidir não me submeter à esterilização, sem me ser recusado qualquer outro serviço ou benefício do planejamento familiar.

Data: ____/____/____ Assinatura da requerente

Data: ____/____/____ Assinatura do médico

Data: ____/____/____ Assinatura do esposo/companheiro

Horizonte, ____ de ____ de ____



PREFEITURA DE HORIZONTE DE MÃOS DADAS COM VOCÊ



TERMO DE SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÃO

Eu, _____, _____ anos de idade, portador(a)
da carteira de identidade n. _____, órgão emissor _____, e do CPF
_____, venho através deste termo, solicitar a realização do seguinte procedimento cirúrgico:

LIGAÇÃO DE TROMPAS ()

DECLARO para os devidos fins que:

- a) Fui informado(a) sobre os métodos anticoncepcionais disponíveis, que não são eficazes e reversíveis;
- b) Estou ciente de que a cirurgia é, na prática, irreversível;
- c) Fui alertado(a) sobre o risco de arrependimento, principalmente em situação de instabilidade conjugal e forte emoção tais como: separação, divórcio, morte de filho, ou casamento ou posterior desejo de procriar;
- d) Devo aguardar pelo menos 60 dias a partir da assinatura desta solicitação para que o procedimento possa ser realizado, exceto em caso de emergência com risco de vida, período em que terei chance de refletir sobre minha decisão, sob a orientação da equipe de serviço;
- e) Fui informado(a) das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: reações a droga, parada cardiorrespiratória, morte, dor pélvica, aderências pélvicas, hemorragias, infecções, tromboembolia, arrependimento, distúrbios psicosssexuais (comumente relacionados com a desinformação ou despreparo no momento da decisão), além de lesões e queimaduras de órgãos ou gravidez fora do útero no caso da ligadura de trompas;
- f) Fui informado(a) que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a ligadura de trompas () pode apresentar falhas, sendo a mesma de 0,1 por 100 mulheres/ano nos primeiros 2 e 0,4 anos subsequentes, assim como a vasectomia () pode apresentar falhas de 0,1 a 0,15;
- g) Fui informado(a) que ao menor sinal ou sintoma de gravidez, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar a este serviço;
- h) Estou ciente de que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento, antes do ato operatório, sem prejuízo para o meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método anticoncepcional.

Horizonte, _____/_____/_____

Assinatura do(a) requerente

Responsável pelo atendimento

Assinatura do(a) esposo(a) companheiro(a)



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



SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA VASECTOMIA

Eu, _____
Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Estado civil: ____
Número de filhos: ____ Escolaridade: ____ Método de planejamento familiar: ____
Endereço: _____ Nº ____
Bairro: _____ Município: _____ Estado: ____
RG: _____ CPF: ____
Nome da esposa/companheira: _____
RG: _____ CPF: ____ Idade: ____

Voluntariamente, solicito a esterilização por vasectomia. Afirmo que fui devidamente esclarecido e que estou ciente que:

1. Estou em gozo de minha plena capacidade civil.
2. Métodos contraceptivos temporários estão disponíveis e foram oferecidos ao casal.
3. Estou manifestando, neste ato, a vontade de submeter-me a cirurgia acima citada, e que recebi informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de sua reversão e opções de contraceptivos reversíveis existentes.
4. Estamos cientes do ato cirúrgico que será realizado e de suas possíveis consequências, e que manifestamos expressamente, o consentimento mútuo e comum, assinando o presente termo.
5. Eu posso decidir a não me submeter à esterilização, sem me ser recusado qualquer outro serviço ou benefício do planejamento familiar.

Data: ____/____/____

Assinatura do requerente

Data: ____/____/____

Assinatura do médico

Data: ____/____/____

Assinatura da esposa/companheira

Horizonte, ____ de ____ de ____





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



TERMO DE SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÃO

Eu, _____, _____ anos de idade, portador(a)
da carteira de identidade n. _____, órgão emissor _____, e do CPF
_____, venho através deste termo, solicitar a realização do seguinte procedimento cirúrgico:

LIGAÇÃO DE TROMPAS ()

VASECTOMIA ()

DECLARO para os devidos fins que:

- Fui informado(a) sobre os outros métodos anticoncepcionais disponíveis, que também são eficazes e reversíveis;
- Estou ciente de que esta cirurgia é, na prática, irreversível;
- Fui alertado(a) sobre o risco de arrependimento, principalmente em situação de instabilidade conjugal e forte emoção tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, outro casamento ou posterior desejo de procriar;
- Devo aguardar pelo menos 60 dias a partir da assinatura desta solicitação para que o procedimento possa ser realizado, exceto em caso de emergência com risco de vida, período em que terei chance de refletir sobre minha decisão, sob a orientação da equipe deste serviço;
- Fui informado(a) das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: reações a droga, parada cardiorrespiratória, morte, dor pélvica, aderência pélvica, hemorragias, infecções, tromboembolia, arrependimento, distúrbios psicossocial (comumente relacionado com a desinformação ou despreparo no momento da decisão), além de lesões e queimaduras de órgãos ou gravidez fora do útero no caso da ligadura de trompas;
- Fui informado(a) que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a ligadura de trompas () pode apresentar falha, sendo a mesma de 0,1 por 100 mulheres/ano nos primeiros 12 e 0,4 anos subsequentes, assim como a vasectomia () pode apresentar falhas de 0,1 a 0,15;
- Fui informado(a) que ao menor sinal ou sintoma de gravidez, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar a este serviço;
- Estou ciente de que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento, antes do ato operatório, sem prejuízo para o meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método anticoncepcional.

Horizonte, ____/____/____

Assinatura do(a) requerente

Responsável pelo atendimento

Assinatura do(a) esposo(a) companheiro(a)



PREFEITURA DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE MUNICIPAL
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AMBIENTAL



NOME OU RAZÃO SOCIAL:

Nº INSCRIÇÃO CPF/CNPJ:

Nº CNES:

Nº LICENÇA SANITÁRIA:

NOME FANTASIA:

CONTATO:

ENDEREÇO:

CIDADE:

202

RAMO DE ATIVIDADE:

RESPONSÁVEL / RESPONSÁVEL TÉCNICO:

Nº DOCUMENTO/CONSELHO:

Nesta data, às _____ horas, com fundamento nos artigos _____, em
ação sanitária realizada no endereço acima citado, apreendi _____ unidades do produto denominado
_____ marca _____
registro nº _____, lote _____ data de fabricação
_____, data de validade _____, forma de apresentação:
_____, fabricado/ importado por _____ CNPJ
Nº _____ estabelecido à _____
_____ constituindo amostra _____, sendo
identificadas e tornadas invioláveis através dos lacres nº _____, contendo
cada parte _____ unidades do citado produto, o qual estava armazenado nas condições de _____ °C e
_____ %UR.

Parte da amostra com o lacre nº _____ foi deixada no estabelecimento em poder do Sr(a).
_____ para servir de

contraprova, se for o caso, e as outras serão enviadas ao Laboratório Central _____ para

análise: Fisco ☐ Controle ☐ Orientação Técnica ☐

Motivo: ☐ Programa de Monitoramento ☐ Denúncia ☐ Surto ☐ Outros _____

Com Teste: Microscópico ☐ Microbiológico ☐ Físico-químico ☐ Outros _____

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DOS FISCALIS:

LOCAL E DATA :

Às _____ horas do dia ____/____/____, recebi a 2ª via deste Termo, do qual fico ciente.

Nome, Assinatura e Identificação do Representante da Empresa/Instituição

Registra-se que houve recuse na assinatura do presente Termo, motivo pelo qual assinam as Testemunhas abaixo:

Nome _____

Assinatura _____

Identificação _____

Nome _____

Assinatura _____

Identificação _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinada, fui submetida ao aconselhamento pré - teste para HIV/sífilis nesta instituição, conforme o protocolo do MS (Ministério da Saúde), sendo informada a respeito dos benefícios da realização do teste anti - HIV/sífilis para a prevenção da transmissão vertical e sífilis congênita na gestação atual e/ou em gestações futuras, assim como me foi ofertada a realização do referido teste, de forma gratuita e sigilosa.

☐ Tenho ciência da importância do teste e declaro que autorizo sua realização.

☐ Apesar de estar ciente destas informações, NÃO autorizo a realização do teste anti - HIV/sífilis, responsabilizando - me pelas consequências desta recusa.

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DA PACIENTE

TESTEMUNHA: _____

203



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
RUA LUIZA HEINRICH, 43 - ZONA 01 - HORIZONTE - MG
CEP: 31200-000
FONE: (31) 3336.4000 / FAX: (31) 3336.4002



TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI - HIV I E II E SÍFILIS

NOME DA PACIENTE: _____

AMOSTRA: SANGUE TOTAL

MÉTODO: IMUNOCROMATOGRAFIA

TESTE 1 - () RAPID CHECK () BIO-MANGUINHOS () OUTROS. QUAL? _____

Nº DO LOTE: _____ DATA DA VALIDADE: _____

RESULTADO: () NÃO REAGENTE () REAGENTE

TESTE 2 - CONFIRMATÓRIO

() RAPID CHECK () BIO-MANGUINHOS () OUTROS. QUAL? _____

Nº DO LOTE: _____ DATA DA VALIDADE: _____

RESULTADO: () NÃO REAGENTE () REAGENTE

TESTE TREPONÊMICO (SÍFILIS)

MÉTODO: IMUNOCROMATOGRAFIA

() RAPID CHECK () BIOMANGUINHOS () OUTROS. QUAL? _____

RESULTADO: () NÃO REAGENTE () REAGENTE

Nº LOTE: _____ DATA DE VALIDADE: _____

OBS.: EXAMES REALIZADOS EM CONFORMIDADE COM A PORTARIA SUS / MS Nº 151/2009 E Nº 77/2012.

HORIZONTE ____/____/____

RESPONSÁVEL TÉCNICO (CARIMBO E ASSINATURA)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CUIDADOS PALIATIVOS**



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Leito: _____ Data: ____/____/____
Nº de Regulação Fast Medic: _____ Idade: _____ Hora: _____
Médico que realizou a orientação: _____ Assinatura e carimbo do
médico: _____

Eu, _____ **204**
Documento: _____, Grau de parentesco: _____

Declaro que fui devidamente orientado a respeito do diagnóstico e prognóstico do (a) paciente _____, Estou ciente de que os cuidados prestados serão de caráter paliativo, ou seja, com ênfase no alívio da dor e de todo sintoma que possa causar desconforto ao paciente, objetivando a manutenção da dignidade e integridade do mesmo. Assim sendo autorizo a retirada ou não introdução de tratamentos que tenham como objetivo a manutenção da vida de maneira artificial como: hemodiálise, ventilação mecânica, drogas vasoativas e outros procedimentos invasivos que neste momento só irão prorrogar o sofrimento do paciente.

Horizonte, ____ de ____ de ____

Testemunha

Testemunha

Este documento foi elaborado em conformidade com a Recomendação CFM nº 1/2016.



- ☐ AUTO DE INFRAÇÃO
☐ INTIMAÇÃO
☐ TERMO DE ORIENTAÇÃO/VISTORIA
☐ TERMO DE APREENSÃO
☐ TERMO DE DEPÓSITO

- ☐ TERMO DE INUTILIZAÇÃO
- ☐ TERMO DE DEVOLUÇÃO
- ☐ TERMO DE INTERDIÇÃO
- ☐ TERMO DE DESINTERDIÇÃO
- ☐ TERMO DE RECOLHIMENTO DE MERCADORIAS

Nº INSCRIÇÃO CPF/CNPJ:	Nº CNES:	Nº LICENÇA SANITÁRIA:
NOME OU RAZÃO SOCIAL:		
NOME FANTASIA:	CONTATO:	205
ENDEREÇO:	CIDADE:	
RAMO DE ATIVIDADE:		
RESPONSÁVEL / RESPONSÁVEL TÉCNICO:	Nº DOCUMENTO/CONSELHO:	
Aos ____ dias do mês de _____ de ____ às ____ horas, no exercício de Vigilância Sanitária, em ação relacionada ao estabelecimento acima qualificado, face ao que dispõe o artigo: _____		
Foi constatado que: 		
Prazo para cumprimento do termo:		
Observações:		
1. Não cumprimento das exigências no prazo estabelecido sujeitará o infrator às penalidades previstas na legislação sanitária.		
2. Em caso de autuação, face ainda ao que dispõe os artigos _____, fica o autuado cientificado de que dispõe do prazo de _____ dias para apresentar defesa sob pena de REVELIA, conforme estabelece os artigos _____		
3. Fica o autuado igualmente ciente de que responderá a processo administrativo, estando sujeito às penalidades de: advertência, apreensão, inutilização, interdição, cassação de Licença Sanitária e/ou multa, nos termos do artigo _____		
4. Outros: _____		
Horizonte: ____ de ____ de ____		
_____ Fiscal	_____ Fiscal	
Ciente: _____ Assinatura do responsável		



PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ



TERMO DE RESPONSABILIDADE
(CONCESSÃO DE SALÁRIO-FAMÍLIA - PORTARIA Nº MPAS - 3.040/82-INSS e LEI
MUNICIPAL 509/2005 - FMSS)

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE

Nº. CNPJ: 23.555.196/0001-86

NOME DO SEGURADO: _____

CTPS OU DOC. DE IDENTIDADE: _____

206

BENEFICIÁRIOS

NOME DO FILHO:

DATA DO NASCIMENTO

1. _____	- ____/____/____
2. _____	- ____/____/____
3. _____	- ____/____/____
4. _____	- ____/____/____
5. _____	- ____/____/____

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos ou ocorrências que determinam a perda do direito ao salário-família.

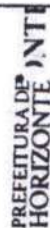
- ÓBITO DE FILHO;
- CESSAÇÃO DA INVALIDEZ DE FILHO INVÁLIDO;
- SENTENÇA JUDICIAL QUE DETERMINE O PAGAMENTO A OUTREM (Casos de desquite ou separação, abandono de filho ou perda do pátrio poder);
- FALTA DA SEGUINTE DOCUMENTAÇÃO: Crianças até 06 (seis) anos de idade Certidão de Nascimento e Cartão de Vacinação; Crianças de 07 (sete) à 14 (catorze) anos de idade Certidão de Nascimento e Declaração da Escola em que a criança está matriculada.

Estou ciente, ainda, de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar à devolução das importâncias indevidas, sujeitar-me-á às penalidades previstas no art. 171 do Código Penal e à rescisão do contrato de trabalho, por justa causa, nos termos do art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Impressão Digital



PREFEITURA DE
HORIZONTE



Abstract—The purpose of this study was to determine the effect of a 10-week training program on the heart rate (HR) and heart rate reserve (HRR) of sedentary middle-aged men. The subjects were divided into two groups: a control group and a training group. The control group consisted of 10 men who did not participate in any physical activity. The training group consisted of 10 men who participated in a 10-week training program. The training program consisted of three sessions per week, each lasting 30 minutes. The sessions were performed at a heart rate of 150 beats per minute. The HR and HRR were measured at the beginning and end of the training program. The results showed that the training group had a significantly higher HR and HRR at the end of the training program compared to the control group. The HR increased from 140 to 150 beats per minute, and the HRR increased from 10 to 15 beats per minute. The control group showed no significant change in HR and HRR. The results suggest that a 10-week training program can improve the HR and HRR of sedentary middle-aged men.

FUNCIONÁRIO:

SETOR:**FUNÇÃO:**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro para todos efeitos legais que recebi os Equipamentos de Proteção Individual constantes da lista abaixo, novos e em perfeitas condições de uso, e assumo o compromisso de observar os protocolos de padronização de EPI's da Secretaria Municipal de Horizonte.

No caso do centro cirúrgico, vale acrescentar que os EPI's foram entregues de acordo com a Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA N° 06/2020, sobre orientações para a prevenção e o controle das infecções pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) em procedimentos cirúrgicos.

[illegible]

207

5



PRÉFECTURA MUNICIPAL DE HOR ZONTE
SECRETARIA DA SAÚDE
Av. Juvenal de Castro, Nº 435 - Centro Horizonte - CE
Fone: (0**85) 3336.6050 - Fax: (0**85) 3336.6050
E-mail: saudehorizonte@click21.com.br
Visite nossa página na web: saudehorizonte.ce.g
TERMOS DE RESPONSABILIDADE



208 inicef

O abaixo assinado.....

Pessoa responsável pelo doente.....

Dá plena autorização aos médicos do Hospital..... que o assistirem para fazerem as
investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do tratamento, comprometendo-se a respeitar todas
as disposições gerais contidas nos regulamentos do estabelecimento.

Em..... de..... de 20.....

ASSINATURA DO DOENTE OU PESSOA RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS:.....

O abaixo assinado.....

Pessoa responsável pelo doente.....

Reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo inteira
responsabilidade por sua decisão.

Em..... de..... de 20.....

ASSINATURA DO DOENTE OU PESSOA RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS:.....

O abaixo assinado.....

Pessoa responsável pelo doente.....

Certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento desta estabelecimento

Em..... de..... de 20.....

ASSINATURA DO DOENTE OU PESSOA RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS:.....

O abaixo assinado.....

Pessoa responsável pelo doente.....

Reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou qualquer outro
membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo.

Em..... de..... de 20.....

ASSINATURA DO DOENTE OU PESSOA RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS:.....



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA



209

TRANSFERÊNCIAS

DATA: ___/___/___ HORA SAÍDA: _____ RETORNO: _____
PACIENTE: _____ ACAMADO: ()SIM()NÃO
ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____
HOSPITAL DE ORIGEM: _____
HOSPITAL DE DESTINO: _____
MOTORISTA: _____ PLACA _____

TRANSFERÊNCIAS

DATA: ___/___/___ HORA SAÍDA: _____ RETORNO: _____
PACIENTE: _____ ACAMADO: ()SIM()NÃO
ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____
HOSPITAL DE ORIGEM: _____
HOSPITAL DE DESTINO: _____
MOTORISTA: _____ PLACA _____

TRANSFERÊNCIAS

DATA: ___/___/___ HORA SAÍDA: _____ RETORNO: _____
PACIENTE: _____ ACAMADO: ()SIM()NÃO
ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____
HOSPITAL DE ORIGEM: _____
HOSPITAL DE DESTINO: _____
MOTORISTA: _____ PLACA _____

TRANSFERÊNCIAS

DATA: ___/___/___ HORA SAÍDA: _____ RETORNO: _____
PACIENTE: _____ ACAMADO: ()SIM()NÃO
ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____
HOSPITAL DE ORIGEM: _____
HOSPITAL DE DESTINO: _____
MOTORISTA: _____ PLACA _____



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA



VIAGEM AGENDADA

DATA: ___/___/___ HORA SAÍDA: _____ RETORNO: _____

PACIENTE: _____ ACAMADO: ()SIM()NÃO

ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

HOSPITAL DE ORIGEM: _____

HOSPITAL DE DESTINO: _____

AUTORIZADO POR: _____

VIAGEM AGENDADA

DATA: ___/___/___ HORA SAÍDA: _____ RETORNO: _____

PACIENTE: _____ ACAMADO: ()SIM()NÃO

ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

HOSPITAL DE ORIGEM: _____

HOSPITAL DE DESTINO: _____

AUTORIZADO POR: _____

VIAGEM AGENDADA

DATA: ___/___/___ HORA SAÍDA: _____ RETORNO: _____

PACIENTE: _____ ACAMADO: ()SIM()NÃO

ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

HOSPITAL DE ORIGEM: _____

HOSPITAL DE DESTINO: _____

AUTORIZADO POR: _____

VIAGEM AGENDADA

DATA: ___/___/___ HORA SAÍDA: _____ RETORNO: _____

PACIENTE: _____ ACAMADO: ()SIM()NÃO

ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

HOSPITAL DE ORIGEM: _____

HOSPITAL DE DESTINO: _____

AUTORIZADO POR: _____

UF **CE** NÚMERO **85.570851_3**

UF **CE** NÚMERO **85.570851_3** **B1**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE HORIZONTE
 Av. Presidente Costa, 4893 - Cep: 35280-031
 Fone/Fax: (35) 3336.6350 - Horizonte - Ceará

Medicamento ou Substância
Quantidade e Forma Farmacêutica
Unidade Potencializada
Endereço

Paciente _____

Endereço _____

Assinatura do emitente _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____

Endereço _____

Telefone _____

Identidade Nº _____

Órgão Emissor _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

Data: ____/____/____

Nome do Vendedor _____



211