


*Requisição de exames*

*Código 01*



100

 <b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL</b> <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE VACARIA</b> SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE					HOSPITAL			
					PAM			
NOME							PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	PESO	ALTURA	CLÍNICA	ENF.	LEITO	
DADOS CLÍNICOS								
MATERIAL A EXAMINAR								
EXAMES SOLICITADOS								
____/____/____ DATA				_____ CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO				

*Handwritten signature: M. Valdeir*



Unidade U-12

Dicas importantes para realizar o exame preventivo de câncer de colo de útero:

1. Não estar menstruada;
2. Fazer higiene externa com água e sabão;
3. Não utilizar duchas vaginais, nem aplicar medicamentos;
4. Não manter relação sexual 24h antes do exame.

- O exame deve ser realizado anualmente, é indolor e deve ser feito por um profissional de saúde.
- Procure sua Unidade de Saúde mais próxima para realizar o exame.

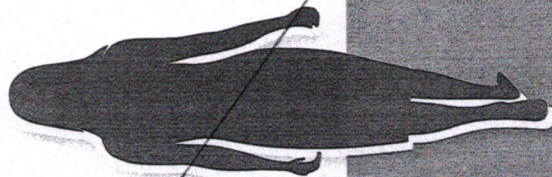
#### IMPORTANTE

- Retire o resultado e procure atendimento e orientação adequada, caso tenha alteração.

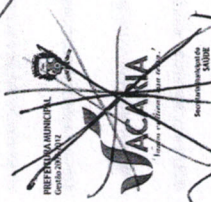
Apresente esta carteira e o seu documento de identidade em todos os exames e consultas ginecológicas.

Previna-se!

carteira da  
MULHER



REALIZAÇÃO



João Moura

Morabe

nome

endereço

bairro

unidade de saúde

nº da lâmina

Sulfite 180g Colorido



NÚMERO

DATA

CÓDIGO DO RESULTADO

FLORA

CP

ASSINATURA

REPETIR EM



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:.....

CRM..... UF..... N°.....

Endereço Completo e Telefone:.....

Cidade .....UF.....

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: .....

Endereço: .....

Prescrição: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:.....

Ident.:..... Org. Emissor:.....

End.:.....

Cidade:.....UF:.....

Telefone:.....

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2 VIAS



**PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO**

PRONTUÁRIO Nº: \_\_\_\_\_ UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_  
NOME: \_\_\_\_\_  
NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
DATA DE NASC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DOCUMENTO: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

**ANAMNESE**

Diabetes ( ) HAS ( ) Distúrbio Sangüíneos ( ) Problemas Cardíacos ( )

Alergias ( ) \_\_\_\_\_

Medicação em Uso: \_\_\_\_\_

Motivo do Último Exame Médico: \_\_\_\_\_

Declaro que as informações acima são verdadeiras e de minha responsabilidade

NOME DO DECLARANTE: \_\_\_\_\_

DATA DA CONSULTA	DIAGNÓSTICO - TRATAMENTO - EXAMES
	medula

180g

Pe B

1x1ca



DATA DA CONSULTA	DIAGNÓSTICO - TRATAMENTO - EXAMES



NOME DA UNIDADE

# Ficha de Atendimento Ambulatorial - Controle Odontológico

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

COD DA UNIDADE



CRO

LOTE

CL

MES/ANO

ASSINATURA DO PACIENTE

DIA PRONTUARIO SEX IDADE MUNIC ORIG OCUP COD PROC TIPO GRUPO DENTE FACE MAI

9

6

1

8

3

5

2

7

4

9

6

1

8

3

5

2

*Handwritten signature and number 48*



Código 06



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE VACARIA  
Secretaria Municipal da Saúde

## RX ODONTOLÓGICO

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

P/Dr.(a) Modelo \_\_\_\_\_

Sra: \_\_\_\_\_

Envelope





## CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

Esp.

LOTE

Q1

MÊS/ANO

Reg. Prof.


## ASSINATI IRA DO PACIENTE

SEQ. ~~PIA~~

PRONTUARIO

SEXO IDADE

MUNIC. ORIG.

OCUP.

CID.

COD. PROC.

TIPO

GRUPPO  
Alend. Cl

Sew





Gente  
cuidando  
de gente.

SMS DE \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Usuário (a): \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_ Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
 Acompanhante: \_\_\_\_\_ Responsável: ( ) Sim ( ) Não

**EQUIPE SOLICITANTE**

PACIENTE CLASSIFICADO EM RISCO: ( ) VERMELHO ( ) AMARELO ( ) VERDE ( ) AZUL  
**SINTOMATOLOGIA/CONDUTAS ADOTADAS**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

**EQUIPE DE APOIO**

PACIENTE CLASSIFICADO EM RISCO: ( ) VERMELHO ( ) AMARELO ( ) VERDE ( ) AZUL  
**RESULTADO DE EXAMES/CONDUTAS ADOTADAS**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

CARO PROFISSIONAL: POR FAVOR, PREENCHA ESTE DOCUMENTO COM O MÁXIMO DE INFORMAÇÕES POSSÍVEIS, E ENTREGUE AO USUÁRIO, ORIENTANDO-O PARA QUE O ENTREGUE AO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL.



3000 Copia

SUS

Sistema  
Unico de  
Saude

Ministerio  
da  
Saude

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Código 03



Identificação do Estabelecimento de Saúde

Identificação do Paciente

DATA DE NASCIMENTO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Modelo

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

AUTORIZAÇÃO





## 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

Masc

7 - SEXO

Fem

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

9 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

10 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - CÓD IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - QTDE

## PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTDE

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

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

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

34 - CID10 PRINCIPAL

35 - CID10 SECUNDÁRIO

36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES

*Modile*

## SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

40 - DOCUMENTO

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

45 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

52 - CNES



5.000 - 10.000 - 15.000 - 20.000 - 25.000 - 30.000 - 35.000 - 40.000 - 45.000 - 50.000 - 55.000 - 60.000 - 65.000 - 70.000 - 75.000 - 80.000 - 85.000 - 90.000 - 95.000 - 100.000

Lochgill 22



PREFEITURA MUNICIPAL DE VACARIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
COMITÊ MUNICIPAL DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL DE VACARIA

## SOLICITAÇÃO DE ECOGRAFIA OBSTÉTRICA

NOME DA PACIENTE: \_\_\_\_\_

CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

CODIGO DA PACIENTE NO PRONIM: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CADASTRO NO SISPRENATAL: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

TELEFONES PARA CONTATO: \_\_\_\_\_

TEMPO DE GESTAÇÃO(EM SEMANAS): \_\_\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS:**

Modul 1

DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

## MISSÃO:

Tornar a Secretaria Municipal da Saúde dinâmica, com ações contínuas e humanizadas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, buscando a melhoria da qualidade de vida da população e a satisfação dos profissionais de saúde.





MINISTÉRIO  
DA SAÚDE



SECRETARIA DA SAÚDE DO  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

## REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Nº da Lâmina

Código da Unidade de Saúde

UF  Cartão SUS

Unidade de Saúde

Município

Prontuário

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome Completo da Mulher

Nome Completo da Mãe

Apelido da Mulher

Identidade  Órgão Emissor  UF  CNPF (CPF)

Data de Nascimento  Idade

Dados Residenciais

Logradouro

Número  Complemento

Bairro  UF

Município

CEP  DDD  Telefone

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE: ☐ Analfabeta ☐ 1º Grau Incompleto ☐ 1º Grau Completo ☐ 2º Grau Completo ☐ 3º Grau Completo

### DADOS DA ANAMNESE

1. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?

☐ Sim. Quando fez o último exame?

Ano

☐ Não ☐ Não sabe

2. Usa DIU? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

3. Está grávida? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

4. Usa pílula anticoncepcional?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

6. Já fez tratamento por radioterapia?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

7. Data da última menstruação / regra:

/  /  ☐ Não sabe / Não Lembra

8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?

(não considerar a primeira relação sexual na vida)

☐ Sim

☐ Não / Não sabe / Não Lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?

(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência da reposição hormonal)

☐ Sim

☐ Não / Não sabe / Não Lembra / Não está na menopausa

### EXAME CLÍNICO

10. Inspeção do colo

☐ Normal

☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)

☐ Alterado

☐ Colo não visualizado

11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?

☐ Sim

☐ Não

Observações:

Data de Coleta  /  /

Coletor

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não fiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe do paciente preenchidos



# IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório

Numero do Exame

Nome do Laboratório

Recebido em

## RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Adequação do material:

- ☐ Satisfatória
- ☐ Satisfatória mas limitada por ausência de dados clínicos (idade e DUM)
- ☐ Satisfatória mas limitada por presença de sangue
- ☐ Satisfatória mas limitada por purulento
- ☐ Satisfatória mas limitada por áreas espessas
- ☐ Satisfatória mas limitada por dessecação
- ☐ Satisfatória mas limitada por ausência de células endocervicais
- ☐ Satisfatória mas limitada por outras causas

- ☐ Insatisfatória - sem identificação da lâmina ou identificação errada
- ☐ Insatisfatória - identificação da lâmina não coincide com a do formulário
- ☐ Insatisfatória - material escasso ou hemorrágico
- ☐ Insatisfatória - dessecação
- ☐ Insatisfatória - áreas espessas
- ☐ Insatisfatória - esfregado purulento
- ☐ Insatisfatória - lâmina danificada ou ausente
- ☐ Insatisfatória por outras causas

☐ DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE

### ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- ☐ Inflamação
- ☐ Metaplasia escamosa
- ☐ Regeneração
- ☐ Atrofia com inflamação
- ☐ Retenção
- ☐ Outros

### ALTERAÇÕES EM CÉLULAS EPITELIAIS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- ☐ Atipias de significado indeterminado
- ☐ Efeito citopático compatível com HPV
- ☐ NIC I (Displasia leve)
- ☐ NIC II (Displasia moderada)
- ☐ NIC III (Displasia acentuada / Carcinoma in situ)
- ☐ Carcinoma escamoso invasivo

### EM CÉLULAS GLANDULARES

- ☐ Atipias de Significado Indeterminado
- ☐ Adenocarcinoma in situ
- ☐ Adenocarcinoma invasivo
- ☐ Outras neoplasias malignas

### MICROBIOLOGIA

- ☐ Leptotrichia
- ☐ Clostridia
- ☐ Bacillus
- ☐ Sugestivo de Dientamoeba
- ☐ Actinomyces
- ☐ Candida
- ☐ Trichomonas vaginalis
- ☐ Virus do grupo herpes
- ☐ Gardnerella vaginalis
- ☐ Outros

- ☐ Células endometriais presentes
- ☐ Observações gerais

Data de entrega

Responsável pelo resultado

CNPJ (CPF)



UF  Código da Unidade de Saúde (CUES)

Unidade de Saúde

Código Município  Município  Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS  Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

Nome Completo do(a) paciente  Apellido do(a) paciente

Nome Completo da Mãe

Identidade  Orgão Emissor  UF  CNPF (CPF)

Data de Nascimento  Idade  Cor/Raça ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

Dados Residenciais

Logradouro

Número  Complemento

Bairro  UF

Código Município  Município

CEP  DDD  Telefone

Ponto de Referência

Escolaridade

☐ Analfabeta ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?

- ☐ Sim, mama direita
- ☐ Sim, mama esquerda
- ☐ Não

2. Apresenta risco elevado\* para câncer de mama?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe

\* Risco elevado são:

Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:

- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;

Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;

Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?

- ☐ Sim
- ☐ Nunca foram examinadas anteriormente

4- Fez mamografia alguma vez?

- ☐ Sim. Quando fez a última mamografia?
- ☐ Não
- ☐ Não sabe

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos







3000 Unidades logo novo

Código 24



SECRETARIA DA SAÚDE



Gente  
cuidando  
de gente.



Vacaria, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ATESTADO

Atesto para fins trabalhistas que o (a) Sr.(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ submeteu-se a atendimento

no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, e necessita de \_\_\_\_\_

de afastamento de suas atividades laborais.

OBS.: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Profissional

Carimbo



1500 unidades

Logo Mono

Código 15



### ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Atesto, para os devidos fins, que \_\_\_\_\_

compareceu no turno da \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_,

na unidade de saúde \_\_\_\_\_.

Vacaria/RS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE VACARIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

2000 Unidades

Código 16

## REQUISIÇÃO DE RX - ODONTOLÓGICO

Nome:

Tipo: RX Pericipical ( ) RX Interproximal (bitewing) ( )

Dente: .....


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

Assinatura e Carimbo do Profissional

*Modelo*



*Ass. Antônio Lago.*

*Código 17* 

SECRETARIA DA SAÚDE

**VACARIA**

PREFEITURA



*Gente  
cuidando  
de gente.*



**RECEITUÁRIO MÉDICO**

*Modulo*



NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

RS	5º C.R.S. MUNICÍPIO VACARIA
----	-----------------------------------

**B**

Nº 5977363

Data \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_

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

Endereço: \_\_\_\_\_

ASSINATURA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____	Orgão Emissor: _____
Endereço: _____	
Fone: _____	
Identidade: _____	

Sinval Gobetti - Rua Cristóvão Colombo, 415 - B. Glória - Fone: 3231-3079 - CNPJ 07.268.424/0001-80 - Inscr. Est. 154/0096839

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**SECRETARIA MUNICIPAL  
DA SAÚDE - VACARIA**

Rua Borges de Medeiros, 1800 - 95.200-000  
Fone: (54) 3231-6460 - Vacaria - RS

Medicamento ou Substância
Quantidade e Forma Farmacêutica
Dose por Unidade Posológica
Posologia
CARIMBO DO FORNECEDOR
Nome do Fornecedor _____ / _____ Data ____ / ____ / ____

Numeração desta Impressão: 5975561 à 5981660  
Autorização para confecção de talão Nº 5918/2016

