

## MODELO 1

**PROGRAMA:** \_\_\_\_\_ **RISCO:** \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Prontuário nº: \_\_\_\_\_ Cartão SUS nº \_\_\_\_\_

Dados Complementares:

[illegible][illegible]



## MODELO 2

## INSTRUÇÕES GERAIS

- 1 - Tomar a medicação como indicado pelo médico.  
Não parar nem modificar a dose sem ordem médica.
- 2 - Relatar qualquer sintoma que aparecer.
- 3 - Medir a pressão \_\_\_\_\_ vezes por semana.
- 4 - Diminuir o uso de sal, cigarros, gorduras e álcool.
- 5 - Caminhar pelo menos 5 km três vezes por semana.
- 6 - Manter peso de \_\_\_\_\_ kg.

ESQUEMA TERAPÊUTICO	
1 Data ____/____/____	2 Data ____/____/____
3 Data ____/____/____	4 Data ____/____/____

**Unidade Mista de Saúde de Orindiúva-SP**

## CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

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

Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

[illegible][illegible][illegible]





Centro de Saúde  
ORINDIVA

## CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DENGUE

**NOME DO PACIENTE**

10ADE-

**ENDEREÇO**

NOME DA UNIDADE DE ATENDIMENTO



**ATENÇÃO PARA OS SINAIS DE ALARME:**

- Dor abdominal intensa e contínua
- Vômitos persistentes
- Queda abrupta na temperatura do corpo
- Sangramentos
- Agitação ou sonolência
- Tontura ou desmaio
- Pele fria e pálida
- Diminuição da quantidade de urina
- Dificuldade de respirar
- Choro persistente em crianças

Esses sintomas podem aparecer a partir do 3º dia da doença e indicar Dengue Grave. Se você apresentar um deles, procure o serviço de saúde imediatamente!

Apresente este cartão sempre que retornar à Unidade de Saúde.

**ESSA DOENÇA MERECE SUA ATENÇÃO!**

**Em casa, lembre-se que:**

1. Repouso é importante para a sua recuperação: evite qualquer esforço físico.
2. Os líquidos são fundamentais para evitar o agravamento da doença. Beba em grande quantidade ao longo do dia, água, chá, sucos, água de coco, soro caseiro ou soro de reidratação oral (S.R.O.).
3. Nunca tome medicamentos sem prescrição médica.
4. Os medicamentos à base de *salicilatos* (AAS) não devem ser administrados, pois podem causar ou agravar sangramentos.
5. A dengue pode tirar a fome, mas é importante não parar de comer. Prefira alimentos frescos e evite gordurosos.
6. Se surgir algum sinal de alarme, procure o serviço de saúde IMEDIATAMENTE.

**Preparo do Soro caseiro:**

- 2 colheres de sopa de açúcar;  
1 colher de café de sal;  
Dissolver em 1 litro de água potável ou fervida.


**Preparo do S.R.O:**

- 1 envelope;**  
**Dissolver em 1 litro de água potável ou fervida.**

[illegible]



## MODELO 4

<b>RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL</b>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b></p> <p>Nome Completo: _____</p> <p>CRM                  UF        N.º</p> <p>Endereço Completo e Telefone: _____</p>   <p>Cidade: _____ UF: _____</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;">  <p><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE ORINDIÚVA-SP</b></p> </div> </div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <b>CENTRO DE SAÚDE III</b>  CNPJ 12.073.687/0001-74  Av. Francisco Thomaz de Aquino n.º 536  CEP. 15433-000 - ORINDIÚVA - SP.  FONE: (17) 3816-1297 </div>	
<p>Paciente: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Prescrição: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p><b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b></p> <p>Nome: _____</p> <p>Ident.: _____ Órg. Emissor: _____</p> <p>End: _____</p> <p>Cidade: _____ UF: _____</p> <p>Telefone: _____</p>	<p><b>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</b></p>          <p>ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____ / ____ / ____</p>



## MODELO 5

**UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE III**  
**PRONTO SOCORRO MARIA AP. DE OLIVEIRA**

AVENIDA FRANCISCO THOMÁZ DE AQUINO, N.º 536 - CENTRO - ORINDIÚVA - SP

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



## MODELO 6



### CENTRO DE SAÚDE DE ORÍNDIUVA LABORATÓRIO MUNICIPAL

AV. FRANCISCO THOMAZ DE AQUINO, Nº 536 - FONE: (17) 3816-1247 / 3816-7566  
ORÍNDIUVA/SP CEP 15480-000

SEU EXAME ESTA AGENDADO PARA O DIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_ horas.

#### JEJUM PARA EXAME DE SANGUE:

- ☐ 4 HORAS
- ☐ 8 HORAS
- ☐ 12 HORAS E MÁXIMO 14 HORAS - Evitar bebidas alcoólicas e excesso de gorduras e massas 3 (três) dias que antecedem a coleta.

#### ☐ EXAME DE URINA:

Para coletar a urina é importante:

1. Colher preferencialmente a 1ª urina da manhã ou estar 3 horas sem urinar;
2. Antes da coleta: Fazer higiene da genitália com água e sabonete, enxaguar, desprezar o primeiro jato de urina no vaso e acabar de urinar dentro do potinho;
3. Se estiver menstruada ou usando pomada ginecológica: NÃO coletar a urina;
4. Em caso de uso de antibióticos, deve-se aguardar 7 dias após o término do medicamento para realização do exame ou conforme orientação médica.

#### FEZES:

- ☐ 1 AMOSTRA - Colher um dia antes e armazenar na geladeira
- ☐ 3 AMOSTRAS

OBS:.

#### ☐ Para o exame de PSA o preparo consiste em seguir as seguintes regras:

- Respeitar abstinência sexual de 2 dias
- Não praticar exercício em bicicleta normal ou ergométrica de 2 dias
- Não andar de cavalo, não ter usado supositório e não ter submetido ao toque retal por 2 dias
- Não ter sido submetido a sondagem uretral há 3 dias
- Não ter realizado ultrassom transretal da próstata há 7 dias
- Não ter feito colonoscopia ou retossigmoidoscopia nos últimos 15 dias
- Não ter realizado estudo urodinâmico há 21 dias
- Não ter sido submetido a biópsia de próstata nos últimos 30 dias.

☐ PROLACTINA - ficar 30 min. de repouso antes da coleta

☐ CURVA GLICÊMICA - Vai colher sangue em jejum, tomar um líquido e depois de 2 horas colher novamente

#### ☐ Preparo para coleta de secreção vaginal

1h sem urina. Não fazer a higiene íntima. Não estar usando pomadas ou medicações tópicas nos últimos 3 dias. Não manter relação sexual nas últimas 24 horas. Preferencialmente não estar menstruada e não estar fazendo uso de antibióticos.



## MODELO 7



### **CENTRO DE SAÚDE DE ORINDIÚVA**

Av. Francisco Thomaz de Aquino, 536 Fone/Fax: (17) 3816-1297

Centro - Orindiúva - Estado de São Paulo - CEP 15480-000

e-mail: [sau@orindiuva.sp.gov.br](mailto:sau@orindiuva.sp.gov.br)

*informacoes@orindiuva.sp.gov.br*



## MODELO 8



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ORINDIÚVA**  
**Sistema Unificado de Saúde**

**C. S. III Orindiúva - SP**

Avenida Francisco Thomaz de Aquino, 536 - Centro - Fone: (17) 3816-1297  
CEP 15480-000 - ORINDIÚVA - SP.

### **ATESTADO MÉDICO**

Atestado que o(a) usuário(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Matrícula nº \_\_\_\_\_ necessita de \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

dias de afastamento, a partir de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ por motivo de doença.

Código do diagnóstico, conforme o Código Internacional de Doenças - CID:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Profissional

**NOTA-** Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/3/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



## MODELO 9



### CENTRO DE SAÚDE III - ORINDIÚVA - SP FICHA CLÍNICA PLANTÃO

N.º \_\_\_\_\_

Nome- \_\_\_\_\_ D.N. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

End. \_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Est. \_\_\_\_\_

Prontuário n.º \_\_\_\_\_ Identidade n.º \_\_\_\_\_ SSP-(\_\_\_\_)

DATA / HORA	PESO	ALTURA	TIPO	GR	PR
____/____/____	PRESSÃO ART.	TEMP. AX.	PROC.	ESPEC.	CID 10
____ Hs.	____ X ____				

Atendimento enfermagem: ☐ ☐ cliente ☐ acompanhante refere, \_\_\_\_\_

Assinatura Enfermagem \_\_\_\_\_

Relatório Médico -

Assinatura do Médico \_\_\_\_\_



## MODELO 10



### PREFEITURA MUNICIPAL DE ORINDIÚVA

PRAÇA MARIA DIAS, 614 - FONES (17) 3816-7566 - 3816-1297 - 3816-9600  
CEP 15480-000 - ORINDIÚVA - SP

#### GUIA DE ENCAMINHAMENTO REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA 3601

##### REFERÊNCIA

Do \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_

**I - IDENTIFICAÇÃO:** - PRONTUÁRIO N.º \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Procedência \_\_\_\_\_

Endereço da Residência \_\_\_\_\_

Ponto de Referência \_\_\_\_\_

Acompanhante \_\_\_\_\_

II - Resumo da História Clínica e Exames já Realizados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

III - Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IV - Solicitação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO

##### CONTRA REFERÊNCIA

Do \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_

**I - RELATÓRIO E ORIENTAÇÕES:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Obs: 1.º Via Anexar a Prestação de Contas do SUS

2.º Via Encaminhar a Unidade Requisitante Através do Paciente

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO



# MODELO 11

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE		REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA	
Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama			
UF	Código da Unidade de Saúde (CNES)		
Unidade de Saúde			
Código Município	Município	Prontuário	
<b>INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>			
Cartão SUS	Sexo		
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
Nome Completo do(a) paciente			
Apelido do(a) paciente			
Nome Completo da Mãe			
Identidade	Órgão Emissor	UF	CNPJ (CPF)
Data de Nascimento	Idade	Códi/Raça	
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena			
<b>Dados Residenciais</b>			
Logradouro			
Número	Complemento		
Bairro			UF
Código Município	Município		
CEP	DDD	Telefone	
Ponto de Referência			
Escolaridade			
<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo			
<b>DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)</b>			
<b>1 - Tem nódulo ou caroço na mama?</b> <input type="checkbox"/> Sim, mama direita <input type="checkbox"/> Sim, mama esquerda <input type="checkbox"/> Não		<b>3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Nunca foram examinadas anteriormente	
<b>2 - Apresenta risco elevado * para câncer de mama?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		<b>4 - Fez mamografia alguma vez?</b> <input type="checkbox"/> Sim. Quando fez a última mamografia? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
<p><b>* Risco elevado são:</b>            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 <i>in situ</i>.</p>			



## INDICAÇÃO CLÍNICA

5 - Mamografia diagnóstica ☐ mama esquerda ☐ mama direita ☐ ambas

☐ 5a. Achados no exame clínico

Mama direita

☐ Lesão papilar

Descarga papilar

☐ Cristalina

☐ Hemorrágica

Nódulo:

Localização

☐ QSL

☐ QIL

☐ QSM

☐ QIM

☐ UQlat

☐ UQsup

☐ UQmed

☐ UQinf

☐ RRA

☐ PA

Espessamento:

Localização

☐ QSL

☐ QIL

☐ QSM

☐ QIM

☐ UQlat

☐ UQsup

☐ UQmed

☐ UQinf

☐ RRA

☐ PA

Linfonodo palpável

☐ Axilar

☐ Supraclavicular

Mama esquerda

☐ Lesão papilar

Descarga papilar

☐ Cristalina

☐ Hemorrágica

Nódulo:

Localização

☐ QSL

☐ QIL

☐ QSM

☐ QIM

☐ UQlat

☐ UQsup

☐ UQmed

☐ UQinf

☐ RRA

☐ PA

Espessamento:

Localização

☐ QSL

☐ QIL

☐ QSM

☐ QIM

☐ UQlat

☐ UQsup

☐ UQmed

☐ UQinf

☐ RRA

☐ PA

Linfonodo palpável

☐ Axilar

☐ Supraclavicular

☐ 5b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita

☐ nódulo

☐ microcalcificação

☐ assimetria focal

☐ assimetria difusa

☐ área densa

☐ distorção focal

Mama esquerda

☐ nódulo

☐ microcalcificação

☐ assimetria focal

☐ assimetria difusa

☐ área densa

☐ distorção focal

☐ 5c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita

☐ nódulo

☐ microcalcificação

☐ assimetria focal

☐ assimetria difusa

☐ área densa

☐ distorção focal

Mama esquerda

☐ nódulo

☐ microcalcificação

☐ assimetria focal

☐ assimetria difusa

☐ área densa

☐ distorção focal

☐ 5d. Avaliação da resposta de QT neo-adjuvante

6 - ☐ Mamografia de rastreamento

Data de solicitação

Examinador

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

## ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

5 - Mamografia Diagnóstica

5a - Achados no exame clínico

Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)

5b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS<sup>®</sup>)

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

5c - Lesão com diagnóstico de câncer

Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento

5d - Avaliação de resposta à quimioterapia neo-adjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neo-adjuvante, para avaliação da resposta

6 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos ou maiores de 35 anos com histórico familiar de câncer de mama  
Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

Localização

QSL - Quadrante superior lateral

QIL - Quadrante inferior lateral

QSM - Quadrante superior medial

QIM - Quadrante inferior medial

UQlat - União dos quadrantes laterais

UQsup - União dos quadrantes superiores

UQint - União dos quadrantes internos

UQmed - União dos quadrantes mediais

RRA - Região retroareolar

RC - Região central (união de todos os quadrantes)

PA - Prolongamento axilar

NR - Não realizado



# MODELO 12



## SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO REQUISIÇÃO DE SERVIÇO DE DIAGNOSE E TERAPIA - SADT



CÓDIGO CNES:2077396

### UNIDADE REQUISITANTE:

Nome: CENTRO DE SAÚDE DE ORINDIÚVA

CÓDIGO CNES:2063018

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

( ) Masculino ( ) Feminino

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Município de Residência: ORINDIÚVA Código: 3534203

### IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO

DATA DA SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Exames Laboratoriais: **Pedido 1**

<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Proteínas T. e Frações	<b>TESTE RÁPIDO:</b>
<input type="checkbox"/> Glicose	<input type="checkbox"/> Coagulograma	
<input type="checkbox"/> Ureia	<input type="checkbox"/> Urina 1	<input type="checkbox"/> HIV
<input type="checkbox"/> Creatinina	<input type="checkbox"/> PPF	<input type="checkbox"/> HbsAg
<input type="checkbox"/> Colesterol Total	<input type="checkbox"/> Cálcio	<input type="checkbox"/> HCV
<input type="checkbox"/> HDL	<input type="checkbox"/> Dengue	<input type="checkbox"/> VDRL
<input type="checkbox"/> LDL	<input type="checkbox"/> Troponina	
<input type="checkbox"/> VLDL	<input type="checkbox"/> CKMB	
<input type="checkbox"/> Triglicerídeos	<input type="checkbox"/> Sangue Oculto	
<input type="checkbox"/> TGO	<input type="checkbox"/> Fosfatase Alcalina	
<input type="checkbox"/> TGP	<input type="checkbox"/> Sódio	
<input type="checkbox"/> Gama GT	<input type="checkbox"/> Potássio	
<input type="checkbox"/> CPK	<input type="checkbox"/> BHCG	
<input type="checkbox"/> CKMB		
<input type="checkbox"/> Ácido Úrico		
<input type="checkbox"/> VHS		
<input type="checkbox"/> Fator RH		
<input type="checkbox"/> Grupo Sanguíneo		
<input type="checkbox"/> Curva Glicêmica		
<input type="checkbox"/> Bilirrubinas T. e Frações		
<input type="checkbox"/> Amilase		
<input type="checkbox"/> Ferro		

Outros Exames:

Identificação do Solicitado:

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

Assinatura e Carimbo:



# MODELO 13



## SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO REQUISIÇÃO DE SERVIÇO DE DIAGNOSE E TERAPIA - SADT



CÓDIGO CNES: 2077396

### UNIDADE DE REQUISITANTE:

Nome: CENTRO DE SAÚDE DE ORINDIÚVA

CÓDIGO CNES: 2063018

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

( ) Masculino ( ) Feminino

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Município de Residência: ORINDIÚVA Código: 3534203

### IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO

DATA DA SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Exames Laboratoriais: Pedido 2

<input type="checkbox"/> HB Glicada	<input type="checkbox"/> Chagas	<b>TESTE RÁPIDO:</b> <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HbsAg <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> VDRL
<input type="checkbox"/> FAN	<input type="checkbox"/> SDHEA	
<input type="checkbox"/> Urocultura	<input type="checkbox"/> Citomegalovírus IGG/IGM	
<input type="checkbox"/> Anti HBC IGG/IGM	<input type="checkbox"/> Coombs Direto	
<input type="checkbox"/> ANTI HBSAG	<input type="checkbox"/> Coombs Indireto	
<input type="checkbox"/> Vitamina D	<input type="checkbox"/> FSH	
<input type="checkbox"/> Vitamina D 25 OH	<input type="checkbox"/> LH	
<input type="checkbox"/> Vitamina B12	<input type="checkbox"/> Estradiol	
<input type="checkbox"/> Progesterona	<input type="checkbox"/> Prolactina	
<input type="checkbox"/> Toxo IGG/IGM	<input type="checkbox"/> Hbs Ag	
<input type="checkbox"/> Rubéola IGG/IGM	<input type="checkbox"/> HCV	
<input type="checkbox"/> Testosterona	<input type="checkbox"/> PCR	
<input type="checkbox"/> Relação Albumina-Creatinina	<input type="checkbox"/> Aslo	
<input type="checkbox"/> Relação Proteína-Creatinina	<input type="checkbox"/> Latex	
<input type="checkbox"/> Clearance de Creatinina	<input type="checkbox"/> VDRL	
<input type="checkbox"/> Eletroforese de Hemoglobina	<input type="checkbox"/> TSH	
<input type="checkbox"/> Reticulócitos	<input type="checkbox"/> T4L	
<input type="checkbox"/> Ácido Fólico	<input type="checkbox"/> PSA	
<input type="checkbox"/> Sódio	<input type="checkbox"/> Ferritina	
<input type="checkbox"/> Potássio		
<input type="checkbox"/> Cálcio		
Outros Exames: _____		

Identificação do Solicitado:

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

Assinatura e Carimbo:



# MODELO 14



Fundação Faculdade Regional de Medicina de  
São José do Rio Preto - FUNFARME  
HOSPITAL DE BASE

Nº do Exame

Pedido Nº: \_\_\_\_\_ Atendimento: \_\_\_\_\_  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_ Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_  
Leito: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

## SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA - PEDIDO DE EXAME

### Pedido de Exame

☐ Colpocitologia  
☐ Oncótica  
☐ Hormonal

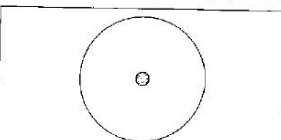
☐ Secreção de Mama  
☐ Direita  
☐ Esquerda

### História Clínica (Queixa e Duração):

Data da última menstruação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ G \_\_\_\_ P \_\_\_\_ A \_\_\_\_

☐ Usa ACO  
☐ Usa ACO contínuo  
☐ Usa Dispositivo Intra-uterino  
☐ Fez Histerectomia ☐ Total ☐ Subtotal  
☐ Gravidez \_\_\_\_\_ semanas  
☐ Pós-parto \_\_\_\_\_ meses  
☐ Está em aleitamento

☐ Menopausa \_\_\_\_\_ anos  
☐ Faz Reposição Hormonal  
☐ Usa Tamoxifeno  
☐ Usa Isoflavona  
☐ Nenhum hormônio  
☐ Fez cauterização/conização/CAF há \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses  
☐ Fez radioterapia há \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses



Data da Coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
JEC: \_\_\_\_\_  
Scheeler: \_\_\_\_\_

Coleta de material realizada em: ☐ Ectocérvice ☐ Endocérvice ☐ Vagina ☐ Vulva

Nome e Carimbo do Médico

## RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO

Avaliação pré-analítica:	1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5
Adequabilidade do material:	2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8
Epitélios representados na amostra:	3.1, 3.2, 3.3
Diagnóstico descritivo:	4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8, 4.9, 4.10
Microbiologia:	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8, 5.9, 5.10, 5.11, 5.12, 5.13, 5.14, 5.15
Células atípicas de significado indeterminado:	6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6
Atipias em células escamosas:	7.1, 7.2, 7.3, 7.4
Atipias em células glandulares:	8.1, 8.2, 8.3, 8.4
Outras Neoplasias Malignas:	09
Presença de células endometriais (na pós-menopausa ou acima de 40 anos, fora do período menstrual):	10
Comentários Gerais:	11.1, 11.2, 11.3, 11.4, 11.5, 11.6, 11.7, 11.8, 11.9, 11.10, 11.11, 11.12 11.13, 11.14, 11.15, 11.16, 11.17, 11.18, 11.19, 11.20, 11.21, 11.22 11.23, 11.24, 11.25, 11.26, 11.27, 11.28, 11.29, 11.30, 11.31, 11.32 11.33, 11.34, 11.35, 11.36, 11.37, 11.38, 11.39, 11.40

Av. Brigadeiro Faria Lima, 5544, Vila São Pedro, São José do Rio Preto - SP  
Fone: (17) 3201-5000 www.hospitaldebase.com.br

Doc. 100  
Página 1 de 1

MOD 112

2469



# MODELO 15

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

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO	
Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama	
UF	CNES da Unidade de Saúde
Unidade de Saúde	
Município	Prontuário
INFORMAÇÕES PESSOAIS	
Cartão SUS	
Nome Completo da Mulher	
Nome Completo da Mãe	
Identidade	Apelido da Mulher
Órgão Emissor	UF
CNPJ (CPF)	
Data de Nascimento	Idade
Dados Residenciais	
Logradouro	
Número	Complemento
Código do Município	Município
CEP	DDD
Telefone	UF
Ponto de Referência	
ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> 1º Grau Incompleto <input type="checkbox"/> 1º Grau Completo <input type="checkbox"/> 2º Grau Completo <input type="checkbox"/> 3º Grau Completo	
DADOS DA ANAMNESE	
1. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?	6. Já fez tratamento por radioterapia?
<input type="checkbox"/> Sim. Quando fez o último exame?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
ano	7. Data da última menstruação / regra:
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
2. Usa DIU?	8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	(não considerar a primeira relação sexual na vida)
3. Está grávida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?
4. Usa pílula anticoncepcional?	(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa
5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
EXAME CLÍNICO	
10. Inspeção do colo	11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)	
<input type="checkbox"/> Alterado	
<input type="checkbox"/> Colo não visualizado	
Data da coleta	Colator



**IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO**

CNPJ do Laboratório	Número do Exame
Nome da Laboratório	Recebido em:

**RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - CÉLULO DO ÚTERO**

**AValiação Pré-Analítica**

**AMOSTRA REJEITADA POR:**

- ☐ Ausência ou erro na identificação da lâmina, froscu ou formulário
- ☐ Lâmina danificada ou ausente
- ☐ Causas alheias ao laboratório; especificar: \_\_\_\_\_
- ☐ Outras causas; especificar: \_\_\_\_\_

**EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:**

- ☐ Escamoso
- ☐ Glandular
- ☐ Metaplásico

**ADEQUABILIDADE DO MATERIAL**

- ☐ Satisfatória
- Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:
  - ☐ Material celular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
  - ☐ Sangue em mais de 75% do esfregaço
  - ☐ Plácidos em mais de 75% do esfregaço
  - ☐ Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço
  - ☐ Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
  - ☐ Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
  - ☐ Outras

**DIAGNÓSTICO DESCRITIVO**

- ☐ DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, NO MATERIAL EXAMINADO
- ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS
  - ☐ Inflamação
  - ☐ Metaplasia escamosa imatura
  - ☐ Reparação
  - ☐ Atrofia com inflamação
  - ☐ Radiação
  - ☐ Outras; especificar: \_\_\_\_\_

**MICROBIOLOGIA**

- ☐ *Lactobacillus sp*
- ☐ Cocos
- ☐ Sugestivo de *Gilamidia sp*
- ☐ *Actinomyces sp*
- ☐ *Candida sp*
- ☐ *Trichomonas vaginalis*
- ☐ Efeito citopático compatível com vírus do grupo *Herpes*
- ☐ Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de *Gardnerella/Mobiluncus*)
- ☐ Outros bacilos
- ☐ Outros; especificar: \_\_\_\_\_

**CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO**

- Escamosas:
  - ☐ Possivelmente não neoplásicas
  - ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau
- Glandulares:
  - ☐ Possivelmente não neoplásicas
  - ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau
- De origem indefinida:
  - ☐ Possivelmente não neoplásicas
  - ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

**ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS**

- ☐ Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- ☐ Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
- ☐ Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- ☐ Carcinoma epidermóide invasor

**ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES**

- ☐ Adenocarcinoma "in situ"
- Adenocarcinoma invasor:
  - ☐ Cervical
  - ☐ Endometrial
  - ☐ Sem outras especificações

- ☐ OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: \_\_\_\_\_
- ☐ PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: \_\_\_\_\_

Data da liberação

Responsável pelo resultado

CNPJ (CPF)

Impressão digital



## MODELO 16



### **CENTRO DE SAÚDE III - ORINDIÚVA**

AV. FRANCISCO THOMÁZ DE AQUINO, 536 - FONE (17) 3816-1297 - CEP 15480-000 - ORINDIÚVA - SP

## MODELO 17



### **CENTRO DE SAÚDE III - ORINDIÚVA**

Av. Francisco Thomáz de Aquino, 536 - Orindiúva  
Fone/Fax (17) 3816-1297 ou Fone (17) 3816-7566

### **CENTRO DE SAÚDE III - ORINDIÚVA**

Av. Francisco Thomáz de Aquino, 536 - Orindiúva-SP  
Fone/Fax (17) 3816-1297 ou Fone (17) 3816-7566



# MODELO 18

	<b>MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	Cód. CNES UNIDADE:*	Cód. EQUIPE (INE):*	DATA:*
				/ /

Nº CARTÃO SUS:	
Nome do Cidadao:*	
Data de Nascimento:*	Sexo: * <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino Local de Atendimento:*
CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:
	Mingau <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula Infantil <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida: <input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:
	Outro leite que não o leite do peito <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Mingau com leite <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Iogurte <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/alpim/macaxeira, cará e inhame) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, baldroaga, bertalha, espinafre, mostarda) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, mlidos, outras) ou ovo <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fígado <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Folhão <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, alpim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (bolas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia? <input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia
	Ontem, você consumiu:
	Feijão <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Frutas Frescas (não considerar suco de frutas) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, alpim, macaxeira, cará e inhame) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (bolas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

Legenda: ☐ Opção Múltipla de Escolha ☐ Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)  
\* Campo-Obrigatório

\*\* Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição/ Abrigo  
09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa



## MODELO 19

<b>e-SUS</b> Atenção Básica		<b>CADASTRO INDIVIDUAL</b>		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*		Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	MICROÁREA	DATA: / /
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO</b>					
Nº DO CARTÃO SUS		RESPONSÁVEL FAMILIAR		DATA DE NASCIMENTO:	
		É o responsável? Nº DO CARTÃO SUS		/ /	
		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
NOME COMPLETO:*					
NOME SOCIAL:				DATA DE NASCIMENTO:*	
				/ /	
SEXO: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino		RAÇA / COR: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Nº NIS (PIS/PASEP):	
NOME COMPLETO DA MÃE:*					
<input type="checkbox"/> Desconhecido					
NACIONALIDADE: <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro		PAIS DE NASCIMENTO:		TELEFONE CELULAR: ( )	
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**				E-MAIL:	
<b>INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>					
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR				OCUPAÇÃO	
<input type="radio"/> Cônjuge / Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Entead(a) <input type="radio"/> Neto(a) / Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai / Mãe <input type="radio"/> Sogro(a)					
<input type="radio"/> Irmão / Irmã <input type="radio"/> Genro / Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente					
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não					
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?					
<input type="radio"/> Creche		<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 9ª)			
<input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA)		<input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)			
<input type="radio"/> Classe Alfabetizada - CA		<input type="radio"/> Ensino Médio Especial			
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries		<input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)			
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries		<input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado			
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo		<input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral, etc)			
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial		<input type="radio"/> Nenhum			
<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)					
SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO					
<input type="radio"/> Empregador					
<input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho					
<input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho					
<input type="radio"/> Autônomo com previdência social					
<input type="radio"/> Autônomo sem previdência social					
<input type="radio"/> Aposentado/Pensionista					
<input type="radio"/> Desempregado					
<input type="radio"/> Não trabalha					
<input type="radio"/> Outro					
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="radio"/> Adulto Responsável <input type="radio"/> Outra(s) Criança(s) <input type="radio"/> Adolescente <input type="radio"/> Sozinha <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Outro					
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL?			
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?		TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*			
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
SE SIM, QUAL?		SE SIM, QUAL(is)?			
<input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Outro		<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra			
<input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Transsexual		<input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física			
SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO: <input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Mudança de território					
<b>TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA</b>					
Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.					
Assinatura _____					



# QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

<b>CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS</b> ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE PREFERÊNCIA?	
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe	
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM HANSENIASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE ALCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____	
TEVE AVC / DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSIQUIATRA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____	
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE 1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____			

<b>CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA</b> ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____	
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____	
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes		TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outros	

Legenda: ☐ Opção Múltipla de Escolha ☐ Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

\* Campo Obrigatório

\*\* Campo obrigatório condicionado a pergunta anterior



e-SUS  
Atenção Básica

FICHA DE VISITA DOMICILIAR

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL \*

CBO \*

Cód. CNES UNIDADE \*

Cód. EQUIPE (INE) \*

DATA \*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

Nº

TURNO

Nº PRONTUÁRIO

Nº CARTÃO SUS

Data de nascimento \*

Sexo \*

Visita compartilhada com outro profissional

Cadastramento / Atualização

Visita Periódica

Consulta

Exame

Vacina

Condições de Saúde da Família

Gestante

Puerpera

Recém-nascido

Criança

Pessoa com Desnutrição

Pessoa em reabilitação ou com deficiência

Pessoa com Hipertensão

Pessoa com Diabetes

Motivo da Visita \*

Busca Ativa

acompanhamento



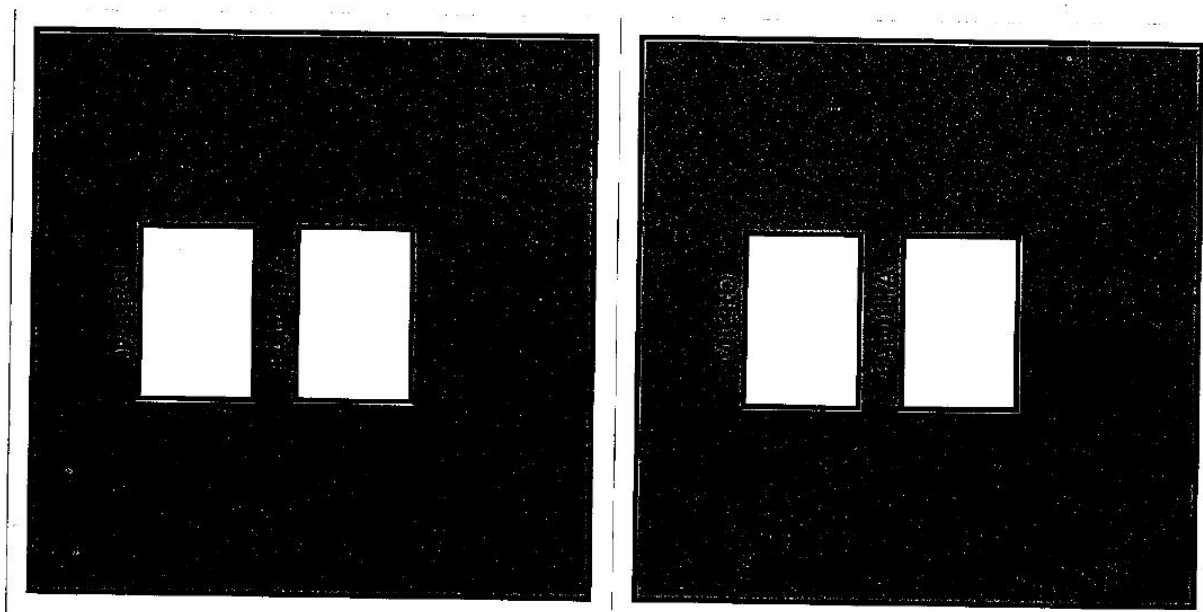
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Motivo da Visita *	Pessoa com Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pessoa com DPOC/Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pessoa com Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pessoa com outras Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pessoa com Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pessoa com Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sintomáticos Respiratórios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tabagista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Domiciliados / Acomodados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Condições de Vulnerabilidade Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Condições de Vulnerabilidade do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Egresso de Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controle de Ambientes / Vetores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convite Atividades Coletivas / Campanha de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orientação / Prevenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Deslecho *		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visita Realizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visita Recusada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Legenda: ☐ Opção Múltipla de Escolha ☐ Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)


\* Campo Obrigatório



## MODELO 21



## MODELO 22

 PREFEITURA MUNICIPAL DE ORINDIUVA <b>E. S. F. ORINDIUV</b>	
Microarea	<input type="text"/>
Família	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
Nº PRONTUÁRIO AMBULATORIAL	
<input type="text"/>	
PESSOA Nº	NOME
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

**É obrigatório a apresentação  
deste cartão em todo procedimento  
realizado nesta unidade.**







# MODELO 23



PREFEITURA MUNICIPAL DE ORINDIÚVA

E. S. F. ORINDIÚVA

Microárea

Família

ENTRADA

Logradouro:	Nº	Complemento:
Bairro:	CEP:	
Município:		
Telefones:		

Nome:

Grau  
Parentesco

Titular		
Família 1		
Família 2		
Família 3		
Família 4		
Família 5		
Família 6		
Família 7		
Família 8		



## MODELO 24

### NOTIFICAÇÃO DE RECEITA SÉRIE M/GVS

UF	Número
SP 29	211651
ORINDIÚVA	

**B**

Identificação do Emitente
<i>Centro de Saúde de Orindiúva</i>
Av. Francisco Tomas de Aquino, 536 - Centro - Orindiúva - SP.

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA
QUANT. E FORMA FARMACÊUTICA
DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA
POSOLOGIA

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

Paciente

Endereço:

Assinatura do Emitente

Identificação do Comprador
Nome:
Endereço:
Telefone:
Identidade Nº
Órgão Emissor:

#### CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor

Data

BAO GRÁFICA LTDA. - ME - Av. da Melo, 2147 - São Judas - F: (17) 3238-8800 - S.J.R.P.-SP - Inscr. Est. 647.170.079.116 - CNPJ 51.250.410/0001-65 - 30 bis Série 29 de 29 211.651 a 29 213.050 - Aut. VISA nº 059/2021 - 05/2021

## MODELO 25

### NOTIFICAÇÃO DE RECEITA SÉRIE J/GVS

UF	Número
SP 29	370530
ORINDIÚVA	

**B2**

Identificação do Emitente
<i>Centro de Saúde de Orindiúva</i>
Av. Francisco Thomaz de Aquino, 536 - Centro - Orindiúva - SP.

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA
QUANT. E FORMA FARMACÊUTICA
DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA
POSOLOGIA

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

Paciente

Endereço:

Assinatura do Emitente

Identificação do Comprador
Nome:
Endereço:
Telefone:
Identidade Nº
Órgão Emissor:

#### CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor

Data

BAO GRÁFICA LTDA. - ME - Av. da Melo, 2147 - São Judas - F: (17) 3238-8800 - S.J.R.P.-SP - Inscr. Est. 647.170.079.116 - CNPJ 51.250.410/0001-65 - 05 bis Série 29 de 29 370.501 a 29 370.750 - Aut. VISA nº 112/2017 - 03/2017



# MODELO 26

## NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL RETINÓIDES SISTÊMICOS (Verificar Termo de Conhecimento)

UF NÚMERO

SP 29 017051

SÉRIE M / GVS

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

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

UBS III DE ORINDIÚVA

Av. Francisco Tomaz de Aquino, 536  
Centro - Orindiúva / SP

Paciente \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Prescrição: Inicial ☐ Subsequente ☐

Endereço \_\_\_\_\_

Assinatura

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Identidade Nº: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

## ESPECIALIDADE / SUBSTÂNCIA

Nome

☐ Isotretinoína

☐ Tretinoína

☐ Acitretina

Posologia



GRAVIDEZ PROIBIDA  
Risco de graves defeitos  
na face, nas orelhas, no  
coração e no sistema  
nervoso do feto.

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome

Data



**Secretaria de Estado da Saúde - ERSa 57 - S. J. do Rio Preto**  
**RESUMO DOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ODONTOLOGIA**

Fl.  /   
 MÊS/ANO  /

MUNICÍPIO:  COD:  UNIDADE:  COD:

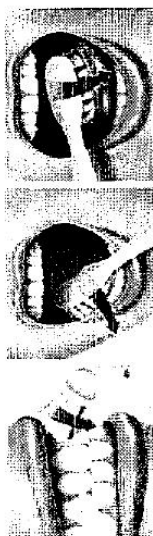
N.R. ATEN ORD. ANO	1º AT/PRONT.	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		IDADE	SEXO	PROCEDIMENTO	T C	ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL
		NOME						
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

(USE O VERSO PARA INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES)

DATA  /  /  ASS. DO CD.  CRO  R. AT. AMB. ODO



## Como Realizar a Escovação?



- Os dentes da arcada inferior devem ser escovados de baixo para cima e os da arcada superior de cima para baixo
- Não usar força excessiva. Movimentos circulares e suaves devem ser feitos para massagear as gengivas
- Higienize a língua nas escovações diárias
- O fio dental deve ser usado em todos os dentes, não somente nos frontais



- Após o fim da escovação, recomenda-se fazer três ou quatro bochechos com água limpa para eliminar os resíduos restantes da escovação

Fonte: Carolina Nunes Pegoraro e Angela Maria Borrotozzi

## Qual a quantidade de pasta a ser colocada na escova?

maior que 7 anos	3	
3 a 7 anos	2	
0 a 3 anos	1	

Lembrando sempre que a pasta deve conter 1500ppm de F, a partir do nascimento dos primeiros dentes, e de acordo com a quantidade de pasta mostrada na imagem anterior.

## Troca da Dentição

Em torno dos 5 anos de idade começa a surgir os primeiros dentes permanentes sendo ele, o 1º molar, um dente "grandão" e o último da arcada, ele não precisa realizar troca com nenhum outro dente, e com isso, acaba as vezes esquecido durante a escovação. A partir dos 6 anos de idade os incisivos centrais inferiores começam a sofrer o processo de rizólise (reabsorção radicular), para o nascimento de seus substitutos, e assim sucessivamente.

Há casos em que o dente de leite se mantém, e o permanente começa a nascer por trás, damos a isso o nome de retenção prolongada do decíduo (pois sua raiz não realizou a rizólise completa.), sendo necessário uma "ajudinha" do dentista para remoção do mesmo.

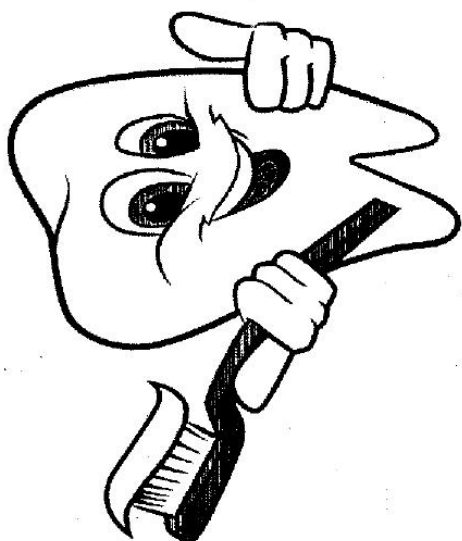
## Alimentação

Procure sempre limitar o seu filho com relação ao consumo excessivo de doces. De acordo com o Prof. Jayme Cury, se consumido mais de 6 vezes no dia uma alimentação rica em açúcares, escovar os dentes não irá resolver, pois ocorrerá a doença cárie.

## Desenvolvido por:

Beatriz Resende Deliberti  
Cirurgiã-Dentista

# CUIDADOS E PREVENÇÃO COM A SAÚDE BUCAL DE SEU FILHO(A)



Leve sempre em visitas periódicas e mantenha assim, a Saúde Bucal de sua filho(a) em dia!

PREFEITURA MUNICIPAL DE ORINDIÚVA  
CENTRO DE SAÚDE



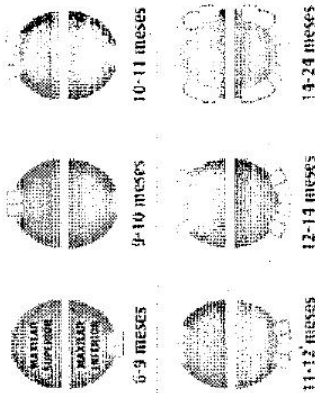


## Porque cuidar da Saúde Bucal de seu filho?

O principal objetivo é a **Prevenção**, evitando assim, com que a criança tenha cárie ou até mesmo gengivite. Sendo sempre importante, seguir as recomendações de acordo com cada faixa etária e habitá-lo ao cuidado diário, com isso os benefícios serão para o resto da vida, já que, a **Saúde começa pela Boca!**

## Os primeiros dentes que nascem!

O primeiro dente decíduo, ou dente de leite, surge por volta dos 6 meses, porém há crianças que a partir do 3° ou 4° mês de vida já começam a apontar, como também podem atrasar esse processo. Todos os dentes decíduos estarão na cavidade bucal por volta dos 2 aos 3 anos de idade, totalizando 20 dentes, sendo 10 na arcada superior e 10 na inferior.



### CURIOSIDADE:

**Dentes natais:** são os que estão presente no nascimento.

**Dentes neonatais:** aparece na cavidade bucal no período compreendido entre o nascimento e um mês de vida.

## Sintomas:

Durante o surgimento dos primeiros dentes de seu filho(a) é normal que eles sintam mau humor, dores, mastiguem objetos, tenha aumento de salivação. Além de ocorrer também queixas dos pais em terem febre por volta dos 37° e diarreia leve (isso acontece pois, tudo o que a criança vê ela leva na boca).

## Como agir?

Compre mordedores, eles irão ajudar a diminuir o desconforto e a coceira na região.

Dê alimentos frios, pois eles amenizam a dor.

Massageie a gengiva com o dedo esterilizado ou o bico de silicone da mamadeira.

Faça chás como o de Camomila que ajudam a acalmar o seu bebê.

O uso de anestésicos tópicos não é recomendado pelo risco de absorção (Ex: Nenê Dent; Camomilina; entre outros).

## A Higiene Bucal

Iniciar a higienização sempre após as mamadas com uma gaze ou fralda macias, úmidas em soro fisiológico ou água filtrada/fervida e separadas exclusivamente para esta função, enrole no dedo indicador limpando língua, gengiva e parte interna das bochechas para que se tenha a remoção dos restos de leite, e evitar o risco de ocasionar a candidíase oral (monilíase ou sapinho).



## Quando começar?

O início da escovação após o nascimento dos primeiros dentes é obrigatório, devendo ser mais frequente principalmente após as refeições. O objetivo é remover/desorganizar o biofilme dental/placa bacteriana pois é um dos principais agentes causadores da cárie dentária. Podendo essa higienização ser realizada com a dedeira ou até mesmo com escova dental infantil de cabeça pequena, de acordo com a faixa etária, e pasta contendo Flúor.





## Quando usar?

Sempre realizar após as refeições com escova pequena de cerdas macias, ponta redonda e cabo grosso. Pasta dental com 1500ppm de Flúor **atendendo para o uso correto da quantidade** (será explicado logo a seguir). Uso de fio dental, e sempre ter o acompanhamento dos pais até os 10 anos de idade, uma vez que, somente a partir desta idade começarão a ter a coordenação necessária.

## Até aos 10 anos:

A melhor maneira de se manter o sorriso bonito é manter os bons hábitos adquiridos durante a infância de higiene bucal, sempre estimulando o uso do fio dental.



 Ministério da Saúde	 SAÚDE	<b>RAAS</b> Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS	pg. 1/2
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			CNES
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS</b>			
Nº DO PRONTUÁRIO		NOME DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO
RAÇA/COR		ETNIA INDÍGENA	
NOME DO RESPONSÁVEL		NOME DA MÃE	
CÓD. IBGE MUNICÍPIO		CEP DE RESIDÊNCIA	ENDEREÇO (RUA, NÚMERO)
COMPLEMENTO		TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
<b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>			
DATA DE ADMISSÃO		MÊS ATENDIMENTO	NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO
Usuário de Alcool e/ou Outras Drogas? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		Em caso positivo marque uma ou mais alternativas: Alcool <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Outras Drogas <input type="checkbox"/>	
ORIGEM DO PACIENTE <input type="checkbox"/> Demanda Espontânea <input type="checkbox"/> Atenção Básica <input type="checkbox"/> Serviço de Urgência <input type="checkbox"/> Outro CAPS <input type="checkbox"/> Hospital Geral <input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico			
CID10 PRINCIPAL	DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL		
CID10 CAUSAS ASS.	DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS		
EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?		CNS	
ENCAMINHAMENTO		DATA DE CONCLUSÃO	
<input type="checkbox"/> Continuidade do Acompanhamento em outro CAPS <input type="checkbox"/> Continuidade do Acompanhamento na Atenção Básica <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Óbito			
<b>AÇÕES REALIZADAS</b>			
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território



**AÇÕES REALIZADAS**

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA										QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO								
CBO DO EXECUTANTE										CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE										Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA										QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO								
CBO DO EXECUTANTE										CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE										Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA										QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO								
CBO DO EXECUTANTE										CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE										Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA										QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO								
CBO DO EXECUTANTE										CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE										Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA										QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO								
CBO DO EXECUTANTE										CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE										Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA										QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO								
CBO DO EXECUTANTE										CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE										Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA										QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO								
CBO DO EXECUTANTE										CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE										Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA										QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO								
CBO DO EXECUTANTE										CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE										Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA										QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO								
CBO DO EXECUTANTE										CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE										Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA										QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO								
CBO DO EXECUTANTE										CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE										Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA										QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO								
CBO DO EXECUTANTE										CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE										Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA										QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO								
CBO DO EXECUTANTE										CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE										Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA										QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO								
CBO DO EXECUTANTE										CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE										Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território



# MODELO 30


**PREFEITURA MUNICIPAL DE ORINDIÚVA**  
 ESTADO DE SÃO PAULO  
 CNPJ: 45.148.970/0001-77  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO**  
**ESCOLAS MUNICIPAIS DE ORINDIÚVA**  
**FICHA CADASTRAL DO ALUNO**

PARA USO DA ESCOLA	
10	CONTROLE DE ENTRADA DO ALUNO
11 ESCOLA	12
REGISTRO DE MATRÍCULA (RM)	
REGISTRO DO ALUNO (RA)	

20	IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO																								
21	NOME DO ALUNO																					22	SEXO		

23	LOCALIDADE																ESTADO	NACIONALIDADE	DIA	MÊS	ANO				
NASCIMENTO																									

24	NOME DO PAI																				
F I L I A C A O	NOME DA MÃE																				

30	RESIDÊNCIA																								
31	(R. Av., etc) _____ N.º _____ BAIRRO: _____ TEL: _____ CIDADE: _____ OUTRAS INFORMAÇÕES: _____																				P/USO ESC				
32																					SETOR				
33	MUDANÇAS																								

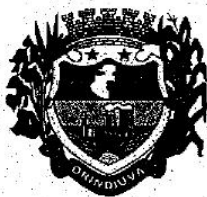
40	PROCEDÊNCIA DO ALUNO																								
41	ESCOLA OU EQUIVALENTE																								
GRAU:						ANO:						CURSO / HABILITAÇÃO													
CIDADE											ESTADO OU PAÍS														
42	JÁ ESTUDOU NA ESCOLA?										SIM					NÃO									

50	MATRÍCULA E RENOVAÇÕES DE MATRÍCULA																																																																																																																																																																																												
51	SOLICITO MATRÍCULA N. _____ ANO DO																																																																																																																																																																																												
	1º GRAU																																																																																																																																																																																												
	DECLARO ACATAR AS NORMAS REGIMENTAIS DESSE ESTABELECIMENTO DE ENSINO																																																																																																																																																																																												
	DE _____ DE 20 _____																																																																																																																																																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="10" style="text-align: center;">PARA USO DA ESCOLA</th> <th style="width: 5%; text-align: center;">53</th> <th colspan="10" style="text-align: center;">RESPONSÁVEL</th> <th style="width: 5%; text-align: center;">54</th> <th style="width: 5%; text-align: center;">55</th> <th colspan="5" style="text-align: center;">56</th> </tr> <tr> <th colspan="10" style="text-align: center;">MOVIMENTAÇÃO DO ALUNO</th> <th></th> <th colspan="10" style="text-align: center;">ASSINATURA</th> <th></th> <th style="text-align: center;">SECRETÁRIO</th> <th colspan="5" style="text-align: center;">DIRETOR</th> </tr> <tr> <th colspan="10" style="text-align: center;">CLASSE</th> <th></th> <th colspan="10" style="text-align: center;">RUBRICA</th> <th></th> <th style="text-align: center;">RUBRICA</th> <th colspan="5" style="text-align: center;">DESPACHO VISTO</th> </tr> <tr> <th colspan="10" style="text-align: center;">N.º CH.</th> <th></th> <th colspan="10" style="text-align: center;">IDADE</th> <th></th> <th colspan="5" style="text-align: center;"></th> </tr> <tr> <th colspan="10" style="text-align: center;">T G S T</th> <th></th> <th colspan="10" style="text-align: center;"></th> <th></th> <th colspan="5" style="text-align: center;"></th> </tr> <tr> <th colspan="10" style="text-align: center;">A N O</th> <th></th> <th colspan="10" style="text-align: center;"></th> <th></th> <th colspan="5" style="text-align: center;"></th> </tr> </table>																									PARA USO DA ESCOLA										53	RESPONSÁVEL										54	55	56					MOVIMENTAÇÃO DO ALUNO											ASSINATURA											SECRETÁRIO	DIRETOR					CLASSE											RUBRICA											RUBRICA	DESPACHO VISTO					N.º CH.											IDADE																T G S T																											A N O																										
PARA USO DA ESCOLA										53	RESPONSÁVEL										54	55	56																																																																																																																																																																						
MOVIMENTAÇÃO DO ALUNO											ASSINATURA											SECRETÁRIO	DIRETOR																																																																																																																																																																						
CLASSE											RUBRICA											RUBRICA	DESPACHO VISTO																																																																																																																																																																						
N.º CH.											IDADE																																																																																																																																																																																		
T G S T																																																																																																																																																																																													
A N O																																																																																																																																																																																													









**MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA**

Praça Maria Dias, 614 - Centro - CEP 15480-000 - Orindiúva - SP.  
CNPJ: 45.148.970/0001-77 Fone: (17) 3816-1433

Fone: (17) 3816-1433

0850

## Requisição de Material

Autorizo o Sr. \_\_\_\_\_ a retirar

o material relacionado, o mesmo será destinado ao setor \_\_\_\_\_

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

Quant.	Discriminação	Pr. Unitário	TOTAL
TOTAL			

Assinatura Responsável

Assinatura Setor de Compras





## **MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA**

***CNPJ 45.148.970/0001-77***

Praça Maria Dias, 614 - Fone/Fax: (17) 3816-9600  
Centro - Orindiúva - Estado de São Paulo - CEP 15480-000  
e-mail: [prefeitura@orindiuva.sp.gov.br](mailto:prefeitura@orindiuva.sp.gov.br)



## MODELO 33



### **PREFEITURA MUNICIPAL DE ORINDIÚVA**

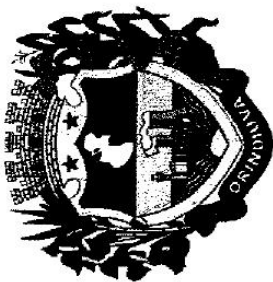
***PRAÇA MARIA DIAS, N.º 614***

***ESTADO DE SÃO PAULO***

***GUIA DO DIA.....DE.....DE.....***

***ARRECADAÇÃO.....***





## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ORINDIÚVA**

CNPJ 45.148.970/0001-77

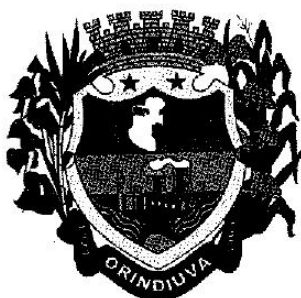
Praça Maria Dias, 614 - Fone/Fax (17) 3816-9600  
Centro - Orindiúva - Estado de São Paulo - CEP 15480-000  
e-mail: [prefeitura@orindiuva.sp.gov.br](mailto:prefeitura@orindiuva.sp.gov.br)



Processo N.º

Arquivo N.º

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ORINDIÚVA**



**ESTADO DE SÃO PAULO**

**PRAÇA MARIA DIAS, 614 - FONE (17) 3816-9600**

**BALANCETE  
MÊS DE**



**Processo N.º**

**Arquivo N.º**

# **Prefeitura Municipal de Orindiúva**



**PRAÇA MARIA DIAS, N.º 614 - ORINDIÚVA - SP**  
**FAX: (17) 3816-9610 FONE: (17) 3816-9600**


**Assunto:**

**Interessado:**

**Autor:**



# MODELO 37

 <p>MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA - SP AUTORIZAÇÃO DE ABASTECIMENTO</p>				
EQUIPAMENTO:		PLACA:	KM:	HORA:
COMBUSTÍVEL	QTDE. DE LITROS	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	
GASOLINA				
ÁLCOOL	16 cm c X 14 cm "h"			
DIESEL				
ÓLEO HIDRÁULICO	1 um que ser coberto			
ÓLEO LUBRIFICANTE				
FILTROS	não precisa ser coberto			
BORRACHARIA				
	e Jolas somente coberto			
DATA: ____/____/____		ASS.: MOTORISTA / OPERADOR		



PRAÇA MARIA DIAS, 614 - FONE (17) 3816-9600 - CEP 15480-000 - ORINDIÚVA - SP

## CONTROLE DE FROTAS

**PLACA VEÍCULO:**

[illegible]

ABASTECIMIENTO