

Modelo 1

PROGRAMA: _____ **RISCO:** _____

Município: _____ Unidade de Saúde: _____

Nome: _____ DN: ____/____/____ RG: _____

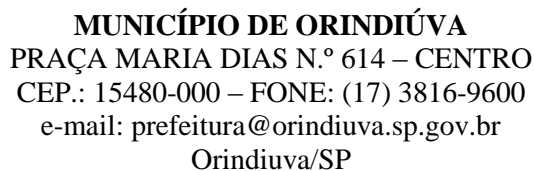
Endereço: _____ Fone: _____

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: _____

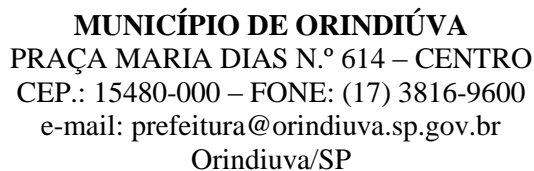
[illegible]



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiuva/SP

DATA	P.A.	DESTRO	DATA	P.A.	DESTRO
	X			X	
	X			X	
	X			X	
	X			X	
	X			X	
	X			X	
	X			X	
	X			X	
	X			X	
	X			X	
	X			X	

DATA	P.A.	DESTRO	DATA	P.A.	DESTRO
	X			X	
	X			X	
	X			X	
	X			X	
	X			X	
	X			X	
	X			X	
	X			X	
	X			X	
	X			X	
	X			X	

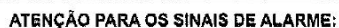


NOME DO PACIENTE _____

IDADE: _____

ENDEREÇO _____

NOME DA UNIDADE DE ATENDIMENTO _____



- 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!

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.

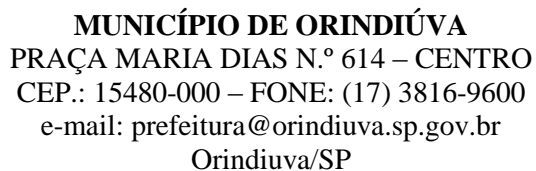
Preparo do Soro caseiro:


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]



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</div> <p>Nome Completo: _____</p> <p>CRM UF N.º _____</p> <p>Endereço Completo e Telefone: _____</p> <p>Cidade: _____ UF: _____</p>	<div style="text-align: center;"> PREFEITURA MUNICIPAL DE ORINDIÚVA-SP</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;">CENTRO DE SAÚDE III CNPJ 12.079.687/0001-74 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>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</div> <p>Nome: _____</p> <p>Ident.: _____ Órg. Emissor: _____</p> <p>End.: _____</p> <p>Cidade: _____ UF: _____</p> <p>Telefone: _____</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</div> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-bottom: 10px;"></div> <p>ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____</p>

1.ª VIA BRANCA FARMÁCIA - 2ª VIA AZUL PACIENTE



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiuva/SP

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: _____



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiúva/SP

Modelo 6



CENTRO DE SAÚDE DE ORÍNDIÚVA LABORATÓRIO MUNICIPAL

AV. FRANCISCO THOMAS DE AQUINO, Nº 536 - FONE: (17) 3816-1247 / 3816-7566
ORINDIÚVA/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.



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiúva/SP

Modelo 7 – borda colorida



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

infernagem@orindiuva.sp.gov.br



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiuva/SP

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.



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiúva/SP

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 -

<div>Assinatura do Médico</div>



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiúva/SP

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 Remissante Através do Paciente

ASSINATURA E CARIMBO



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiuva/SP

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 Municipal	Município	Prontuário	
INFORMAÇÕES PESSOAIS			
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	Cór/Raça	
		<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena	
Dados Residenciais			
Logradouro			
Número	Complemento		
	Bairro	UF	
Código Municipal	Município		
CEP	DDD	Telefone	
Ponto de Referência			
Dados da Anamnese (Unidade Solicitante)			
1 - Tem nódulo ou caroço na mama?			
<input type="checkbox"/> Sim, mama direita			
<input type="checkbox"/> Sim, mama esquerda			
<input type="checkbox"/> Não			
2 - Apresenta "risco elevado" para câncer de mama?			
<input type="checkbox"/> Sim			
<input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Não sabe			
3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?			
<input type="checkbox"/> Sim			
<input type="checkbox"/> Nunca foram examinadas anteriormente			
4 - Fez mamografia alguma vez?			
<input type="checkbox"/> Sim, Quando fez a última mamografia? _____			
<input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> 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 <i>in situ</i> .			



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiúva/SP

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[®])

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



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiuva/SP

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	TESTE RÁPIDO:	
<input type="checkbox"/> Glicose	<input type="checkbox"/> Coagulograma		<input type="checkbox"/> HIV
<input type="checkbox"/> Ureia	<input type="checkbox"/> Urina 1		<input type="checkbox"/> HbsAg
<input type="checkbox"/> Creatinina	<input type="checkbox"/> PPF	<input type="checkbox"/> HCV	
<input type="checkbox"/> Colesterol Total	<input type="checkbox"/> Cálcio	<input type="checkbox"/> VDRL	
<input type="checkbox"/> HDL	<input type="checkbox"/> Dengue		
<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:



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiuva/SP

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

- ☐ HB Glicada
- ☐ FAN
- ☐ Urocultura
- ☐ Anti HBC IGG/IGM
- ☐ ANTI HBSAG
- ☐ Vitamina D
- ☐ Vitamina D 25 OH
- ☐ Vitamina B12
- ☐ Progesterona
- ☐ Toxo IGG/IGM
- ☐ Rubéola IGG/IGM
- ☐ Testosterona
- ☐ Relação Albumina-Creatinina
- ☐ Relação Proteína-Creatinina
- ☐ Clearance de Creatinina
- ☐ Eletroforese de Hemoglobina
- ☐ Reticulócitos
- ☐ Ácido Fólico
- ☐ Sódio
- ☐ Potássio
- ☐ Cálcio

- ☐ Chagas
- ☐ SDHEA
- ☐ Citomegalovírus IGG/IGM
- ☐ Coombs Direto
- ☐ Coombs Indireto
- ☐ FSH
- ☐ LH
- ☐ Estradiol
- ☐ Prolactina
- ☐ Hbs Ag
- ☐ HCV
- ☐ PCR
- ☐ Aslo
- ☐ Latex
- ☐ VDRL
- ☐ TSH
- ☐ T4L
- ☐ PSA
- ☐ Ferritina

TESTE RÁPIDO:

- ☐ HIV
- ☐ HbsAg
- ☐ HCV
- ☐ VDRL

Outros Exames:

Identificação do Solicitado:


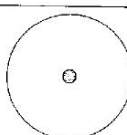
Nome: _____ CRM: _____

Assinatura e Carimbo:



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiúva/SP

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		
<input type="checkbox"/> Colpocitologia	<input type="checkbox"/> Secreção de Mama	
<input type="checkbox"/> Oncótica	<input type="checkbox"/> Direita	
<input type="checkbox"/> Hormonal	<input type="checkbox"/> Esquerda	
História Clínica (Queixa e Duração):		
Data da última menstruação: / / G P A		
<input type="checkbox"/> Usa ACO	<input type="checkbox"/> Menopausa anos	
<input type="checkbox"/> Usa ACO contínuo	<input type="checkbox"/> Faz Reposição Hormonal	
<input type="checkbox"/> Usa Dispositivo Intra-uterino	<input type="checkbox"/> Usa Tamoxifeno	
<input type="checkbox"/> Fez Histerectomia <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Subtotal	<input type="checkbox"/> Usa Isoflavona	
<input type="checkbox"/> Gravidez semanas	<input type="checkbox"/> Nenhum hormônio	
<input type="checkbox"/> Pós-parto meses	<input type="checkbox"/> Fez cauterização/conização/CAF há anos meses	
<input type="checkbox"/> Está em aleitamento	<input type="checkbox"/> Fez radioterapia há anos meses	
<div style="text-align: center;"></div>		
Data da Coleta: / /		
JEC: _____		
Scheeler: _____		
Coleta de material realizada em: <input type="checkbox"/> Ectocérvice <input type="checkbox"/> Endocérvice <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> 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:	6.1, 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:	08
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



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiúva/SP

Modelo 15

REQUISICAO DE EXAME CITOPATOLOGICO - COLO DO UTERO	
Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Utero e de Mama	
UF	CNES da Unidade de Saúde
Unidade de Saúde	
Município	Prontuário
INFORMACOES PESSOAIS	
Cartão SUS	
Nome Completo da Mulher	
Nome Completo da Mãe	
Identidade	Orgão Emissor
Data de Nascimento	Idade
Dados Residenciais	Logradouro
Número	Complemento
Código do Município	Município
CEP	DDD
Ponto de Referência	Telefone
ESCOLARIDADE:	
<input type="checkbox"/> Analfabeta <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"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra
4. Usa pílula anticoncepcional?	9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa
EXAME CLINICO	
10. Inspeção do colo	11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Alterado	
<input type="checkbox"/> Colo não visualizado	
Data da coleta	Coletor

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



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiúva/SP

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO	
CNPJ do Laboratório	Número do Exame
Nome do Laboratório	Recebido em:

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - Papanicolaou do ÚTERO

AValiação PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

- ☐ Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco 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 acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
☐ Sangue em mais de 75% do esfregaço
☐ Piócitos 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 *Chlamydia* 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

ATÍPIAS 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

ATÍPIAS 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

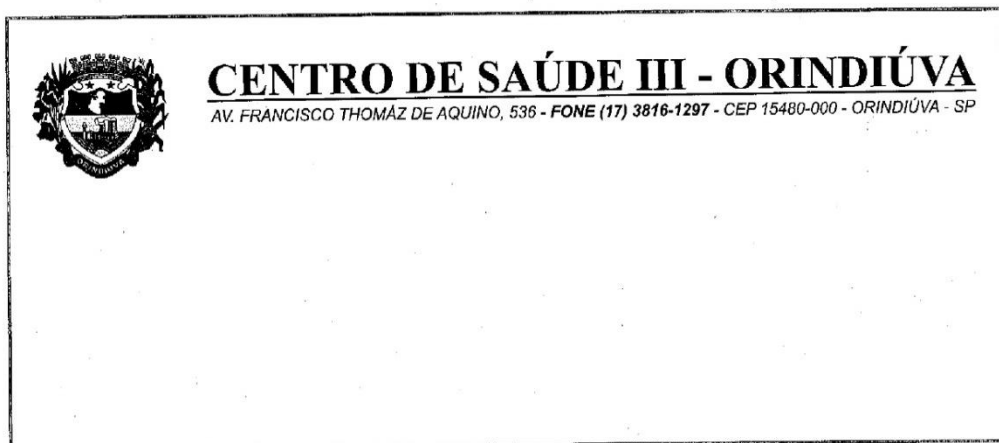
CNPJ (CPF)
____/____/____

Impressão digital



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiuva/SP

Modelo 16 - colorido



Modelo 17

CENTRO DE SAÚDE III - ORINDIÚVA

Av. Francisco Thomáz de Aquino, 536 - Orindiúva
Fone/Fax (17) 3816-1297 ou Fone (17) 3816-7171





MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiuva/SP

CENTRO DE SAÚDE III - ORINDIÚVA

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



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiuva/SP

Modelo

18

SAÚDE SISTEMA E-SUS Atenção Básica	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR	DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

Nº CARTÃO SUS: _____	
Nome do Cidado:*	
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 (alfaca, acelga, repolho) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, 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
	Folhagem <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 (bala, pirulito, 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 (bala, pirulito, 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



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiúva/SP

e-SUS Atenção Básica	CADASTRO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	MICROÁREA	DATA*
_____	_____	_____	_____	____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO		RESPONSÁVEL FAMILIAR	
Nº DO CARTÃO SUS	É o responsável?	Nº DO CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO:
_____	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	_____	____/____/____

NOME COMPLETO*		DATA DE NASCIMENTO*
_____		____/____/____
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:
_____		_____

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS		OCUPAÇÃO
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR		_____
<input type="radio"/> Cônjuge / Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteadado(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		SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?		
<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5º a 9º) <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 1º a 4º séries <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5º a 8º séries <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Móbra, etc) <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1º a 4º)		<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="radio"/> Gay <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Transsexual		<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física
SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO: <input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Mudança de território		
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA		
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		



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiuva/SP

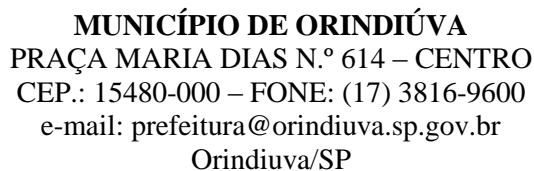
QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS	
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	
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES).** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe
FAZ USO DE ALCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM HANSENIASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <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
TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe	ESTÁ ACAMADO? <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(ES).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe	ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE 1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____	
CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES). _____
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	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES).** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outros
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
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	
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	

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	
	CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

[illegible]



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiúva/SP

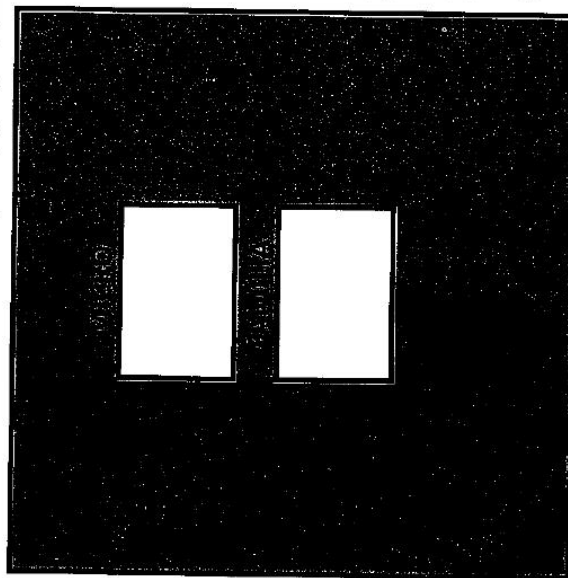
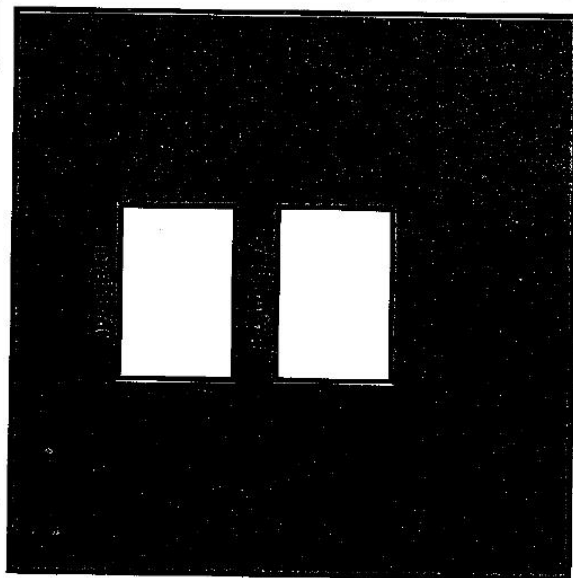
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Motivo da Visita*	Nº																							
	Pessoa com Aids																							
	Pessoa com DPOC/Enfisema																							
	Pessoa com Câncer																							
	Pessoa com outras Doenças Crônicas																							
	Pessoa com Hanseníase																							
	Pessoa com Tuberculose																							
	Sintomas Respiratórios																							
	Tabagista																							
	Domiciliados / Acamados																							
Acompanhamento	Condições de Vulnerabilidade Social																							
	Condições de Saúde da Família																							
	Saúde Mental																							
	Usuário de álcool																							
	Usuário de outras drogas																							
	Egresso de Internação																							
	Controle de Ambientes / Vetores																							
	Convite Atividades Coletivas / Campanha de Saúde																							
	Orientação / Prevenção																							
	Outros																							
Destino*	Visita Realizada																							
	Visita Recusada																							
	Ausente																							

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



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiuva/SP

Modelo 21 - colorido



Modelo

22

-

colorido

PREFEITURA MUNICIPAL DE ORINDIÚVA	
E. S. F. ORINDIÚVA	
Microárea	<input type="text"/>
Família	<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.



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiuva/SP

Data / Hora	Paciente	Profissional

Data / Hora	Paciente	Profissional

Modelo 23 - colorido



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiuva/SP

PREFEITURA MUNICIPAL DE ORINDIÚVA
E. S. P. ORINDIÚVA

Microárea:

Família:

Endereço:

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

Nome:

Título	Nome	Assinatura
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: **SP** 29 Número: **211651**
ORINDIÚVA

B

Identificação do Emissor

Centro de Saúde de Orindiúva
Av. Francisco Tomas de Aquino, 536 - Centro - Orindiúva - SP.

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANT. E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLÓGIA

Data ____ de ____ de ____

Paciente: _____

Endereço: _____

Assinatura do Emissor: _____

Identificação do Comprador

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Identidade Nº _____ Órgão Emissor: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor: _____

Data: ____/____/____

BAD GRÁFICA LTDA. - ME - Av. do Meio, 2147 - São Judas - F: (17) 3238-8800 - S.J.R.P. - SP - Ins. Est. 647.170.079.116 - CNPJ 61.260.410/0001-09 - 30 99a Série 29 de 29 211.551 a 29 213.050 - Aut. VISA nº 058/2021 - 05/2021

Modelo 25



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiúva/SP

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA SÉRIE J/GVS		Identificação do Emitente	MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA
UF	Número		
SP	29 370530	B2 Centro de Saúde de Orindiúva	QUANT. E FORMA FARMACÊUTICA
	ORINDIÚVA	Av. Francisco Thomaz de Aquino, 536 - Centro - Orindiúva - SP.	DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA
Data	de	Paciente	POSOLOGIA
	de	Endereço	
Assinatura do Emissor			
Identificação do Comprador		CARIMBO DO FORNECEDOR	
Nome:		Nome do Vendedor	
Endereço:		Data	
Telefone:			
Identidade N°			
Órgão Emissor:			

BAO GRÁFICA LTDA. - ME - Av. de Maio, 2147 - São Judas - F: (17) 3238-8800 - S.J.R.P.-SP - Inscr. Est. 647.170.079.116 - CNPJ 01.260.413/0001-66 - OS Ns 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)	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	ESPECIALIDADE / SUBSTÂNCIA
UF		
SP	UBS III DE ORINDIÚVA	Nome
29 017051	Av. Francisco Thomaz de Aquino, 536	<input type="checkbox"/> Isotretinoína
SÉRIE M / GVS	Centro - Orindiúva / SP	<input type="checkbox"/> Tretinoína
Data	Paciente	<input type="checkbox"/> Acitretina
	Idade	Posologia
	Sexo	
	Prescrição: Inicial <input type="checkbox"/> Subsequente <input type="checkbox"/>	
	Endereço	
Assinatura		
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:		Nome
Endereço:		Data
Identidade N°		
Órgão Emissor:		
Telefone:		

BAO GRÁFICA LTDA. - ME - Av. de Maio, 2147 - São Judas - F: (17) 3238-8800 - S.J.R.P.-SP - Inscr. Est. 647.170.079.116 - CNPJ 01.260.413/0001-66 - OS Ns Série 29 de 29 917.351 a 29 917.150 - Aut. VISA nº 94/20 - 07/2020

Modelo 27



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiuva/SP

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.º ORD.	1.º ATEN ANO	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		PROCEDIMENTO	T C	ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL
		AT/PRONT.	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 _____

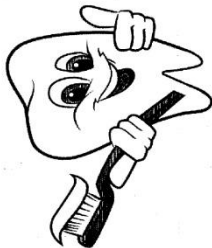
R. AT. AMB. ODO _____



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiuva/SP

Modelo 28 - colorido

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



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 6 anos de idade começa a surgir os primeiros dentes permanentes sendo ele, o 1º molar, um dente "grande" 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 rólise (reabsorção radicular), para o nascimento de seus substitutos, e assim sucessivamente.

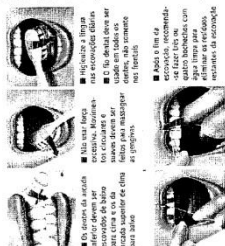
Há casos em que o dente de leite se mantém, e o permanente começa a nascer por trás, damos a isso o nome de retenção prolongada do dente (pois sua raiz não realizou a rólise completa), sendo necessário uma "ajudinha" do dentista para remoção do mesmo.

Alimentação

Procure sempre limitar o consumo de açúcar em seu filho com relação ao consumo excessivo de doces. De acordo com o Prof. Jayme Curry, 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
Cirúrgia-Dentista

Como Realizar a Escovação?



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



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuvva.sp.gov.br
Orindiuva/SP

Modelo 29

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 da equipe de saúde bucal e habilitado ao cuidado diário, com base os benefícios serão para o resto da vida, já que, a **Saúde começa pela Bucal**.

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 3º ou 4º 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.

Síntomas:

Durante o surgimento dos primeiros dentes de seu filho(a) é normal que eles sintam mais amor, choro, irritação, febre, tanto a mãe quanto o bebê. Mas também objetos, tanto a mãe quanto o bebê. Assim como a criança pode ter o pai em terem febre por volta dos 37º e diarreia leve (isso acontece pois, tudo o que a criança vê ela leva na boca).

Como agir?

Comprar 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 enterizado (isso dá mais segurança). Fica chis 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

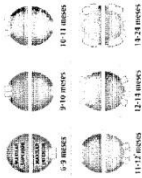
Indicar a higienização sempre após as mamadas com uma gaze ou fralda macia, úmida em soro fisiológico e água filtrada/fervida e com algodão. Essa função, envolva no dedo indicador limpando a língua, gengiva e parte interna das bochechas para que se tenha a remoção dos restos de leite, e evitar o risco de ocasionar a candidíase oral (monilíase ou sapinho).

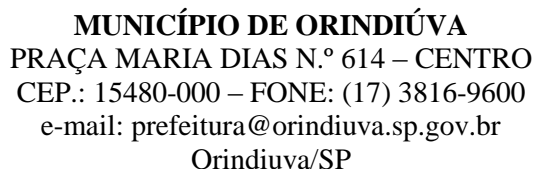
CURIOSIDADE:

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.

O início da escovação após o nascimento dos primeiros dentes é obrigatório, devendo ser mais frequente principalmente após as refeições. O uso da escova deve ser com cerdas macias, ponta arredonda e cabo grosso. Pasta dental com 1500ppm de Flúor **atenção 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 começará a ter a coordenação necessária.

A melhor maneira de se manter o sorriso bonito é manter os dentes sempre saudáveis. Quando a criança adquirir hábitos de higiene bucal, sempre estimulando o uso do fio dental.





Administrativa
da Fundação

SUS
do Estado

SABES

RAAS Registra as Ações Realizadas de Saúde
Formulário de Ações Psicomotoriais no CAPS

PS 30

AÇÕES REALIZADAS

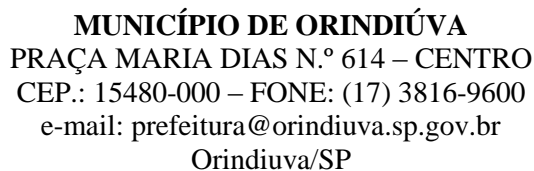
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		OTDR	DATA (DD/MM/AA)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			
		Ajuda realizada no CAPS	Ajuda realizada no Território		
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		OTDR	DATA (DD/MM/AA)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL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




MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiuva/SP

Modelo 30

PREFEITURA MUNICIPAL DE ORINDIÚVA	
ESTADO DE SÃO PAULO CNPJ: 45.148.976/0001-77	
SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO	
ESCOLAS MUNICIPAIS DE ORINDIÚVA	
FICHA CADASTRAL DO ALUNO	
PARA LÍDIO DA ESCOLA	
CONTROLE DE ENTRADA DO ALUNO	
REGISTRO DE MATRÍCULA (RM)	
REGISTRO DO ALUNO (RA)	
IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO	
NOME DO ALUNO	
NOME DO PAI	
NOME DA MÃE	
RESIDÊNCIA	
RUA, N.º	
CIDADE	
PROCEDÊNCIA DO ALUNO	
ESCOLA OU EQUIVALENTE	
CURSO / HABILITAÇÃO	
ESTADO OU PAÍS	
MATRÍCULA E RENOVAÇÕES DE MATRÍCULA	
N.º DO	
DECLARO ACATAR AS NORMAS REGIMENTAIS DESSE ESTABELECIMENTO DE ENSINO	
PARA LÍDIO DA ESCOLA	
RESPONSÁVEL	
ASSINATURA	
RUBRICA	
DESPACHO	
VISTO	



Modelo 31


MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
 Praça Maria Dias, 614 - Centro - CEP 15480-000 - Orindiúva - SP.
 CNPJ: 45.148.970/0001-77 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
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiuva/SP

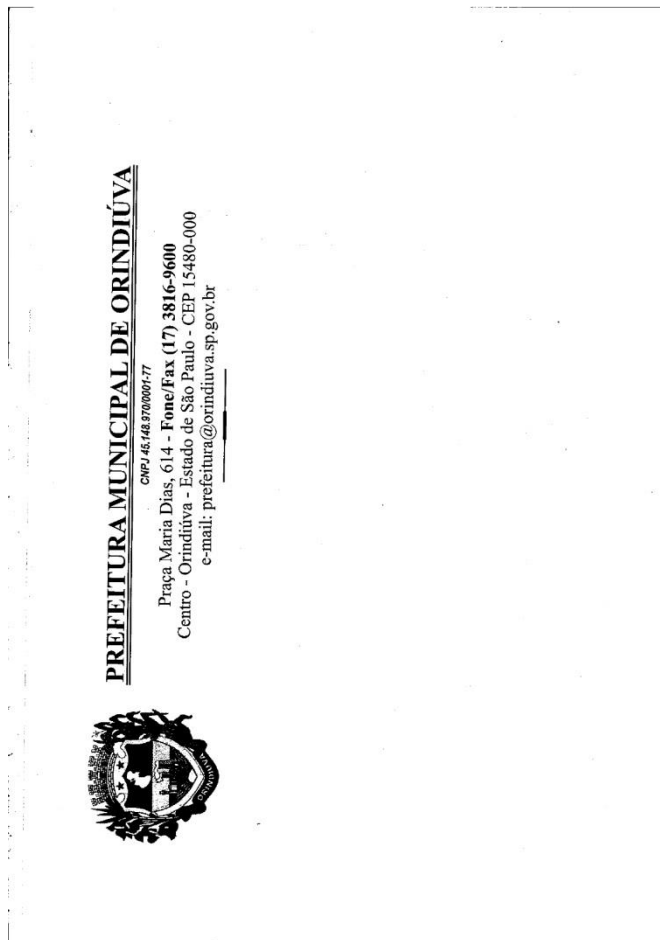
Modelo 32 - colorido

Modelo 33



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiuva/SP

Modelo 34



Modelo 35 - colorido

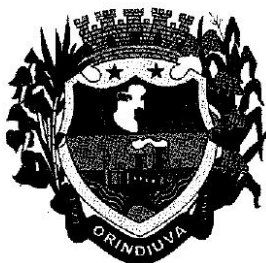


MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiuva/SP

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



MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiuva/SP

Modelo 36

Processo N.º

Arquivo N.º

Prefeitura Municipal de Orindiuva



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

Assunto:

Interessado:

Autor:

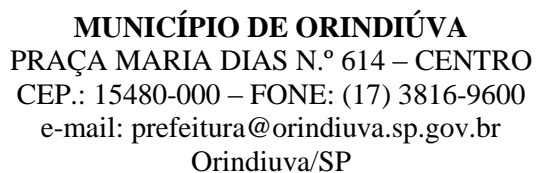


MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA
PRAÇA MARIA DIAS N.º 614 – CENTRO
CEP.: 15480-000 – FONE: (17) 3816-9600
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br
Orindiúva/SP

Modelo 37

MUNICÍPIO DE ORINDIÚVA - SP AUTORIZAÇÃO DE ABASTECIMENTO				
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 der caberme			
ÓLEO LUBRIFICANTE				
FILTROS	não precisa de picotado			
BORRACHARIA	e 2 folas amanta Celado			
DATA: ____/____/____		ASS.: MOTORISTA / OPERADOR		

Modelo 38



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



CONTROLE DE FROTAS

PLACA VEÍCULO:

MOTIVISTA	FIM INICIAL	DATA SADA	NOME	DISTINCO	PACIENTE	AUTORIZAÇÃO	Nº FINAL	DATA CESSADA	SERIAL	JARU MEMBROS
		/ /	1				/ /	/ /	1	<i>Exatun yda Polyma</i>
		/ /	2				/ /	/ /	1	
		/ /	3				/ /	/ /	1	
		/ /	4				/ /	/ /	1	
		/ /	5				/ /	/ /	1	
		/ /	6				/ /	/ /	1	
		/ /	7				/ /	/ /	1	
		/ /	8				/ /	/ /	1	
		/ /	9				/ /	/ /	1	
		/ /	10				/ /	/ /	1	
		/ /	11				/ /	/ /	1	
		/ /	12				/ /	/ /	1	
		/ /	13				/ /	/ /	1	
		/ /	14				/ /	/ /	1	
		/ /	15				/ /	/ /	1	
		/ /	16				/ /	/ /	1	
		/ /	17				/ /	/ /	1	
		/ /	18				/ /	/ /	1	
		/ /	19				/ /	/ /	1	
		/ /	20				/ /	/ /	1	
		/ /	21				/ /	/ /	1	
		/ /	22				/ /	/ /	1	
		/ /	23				/ /	/ /	1	
		/ /	24				/ /	/ /	1	
		/ /	25				/ /	/ /	1	
		/ /	26				/ /	/ /	1	
		/ /	27				/ /	/ /	1	
		/ /	28				/ /	/ /	1	
		/ /	29				/ /	/ /	1	
		/ /	30				/ /	/ /	1	
		/ /	31				/ /	/ /	1	
		/ /	32				/ /	/ /	1	
		/ /	33				/ /	/ /	1	
		/ /	34				/ /	/ /	1	
		/ /	35				/ /	/ /	1	
		/ /	36				/ /	/ /	1	
		/ /	37				/ /	/ /	1	
		/ /	38				/ /	/ /	1	
		/ /	39				/ /	/ /	1	
		/ /	40				/ /	/ /	1	
		/ /	41				/ /	/ /	1	
		/ /	42				/ /	/ /	1	
		/ /	43				/ /	/ /	1	
		/ /	44				/ /	/ /	1	
		/ /	45				/ /	/ /	1	
		/ /	46				/ /	/ /	1	
		/ /	47				/ /	/ /	1	
		/ /	48				/ /	/ /	1	
		/ /	49				/ /	/ /	1	
		/ /	50				/ /	/ /	1	
		/ /	51				/ /	/ /	1	
		/ /	52				/ /	/ /	1	
		/ /	53				/ /	/ /	1	
		/ /	54				/ /	/ /	1	
		/ /	55				/ /	/ /	1	
		/ /	56				/ /	/ /	1	
		/ /	57				/ /	/ /	1	
		/ /	58				/ /	/ /	1	
		/ /	59				/ /	/ /	1	
		/ /	60				/ /	/ /	1	
		/ /	61				/ /	/ /	1	
		/ /	62				/ /	/ /	1	
		/ /	63				/ /	/ /	1	
		/ /	64				/ /	/ /	1	
		/ /	65				/ /	/ /	1	
		/ /	66				/ /	/ /	1	
		/ /	67				/ /	/ /	1	
		/ /	68				/ /	/ /	1	
		/ /	69				/ /	/ /	1	
		/ /	70				/ /	/ /	1	
		/ /	71				/ /	/ /	1	
		/ /	72				/ /	/ /	1	
		/ /	73				/ /	/ /	1	
		/ /	74				/ /	/ /	1	
		/ /	75				/ /	/ /	1	
		/ /	76				/ /	/ /	1	
		/ /	77				/ /	/ /	1	
		/ /	78				/ /	/ /	1	
		/ /	79				/ /	/ /	1	
		/ /	80				/ /	/ /	1	
		/ /	81				/ /	/ /	1	
		/ /	82				/ /	/ /	1	
		/ /	83				/ /	/ /	1	
		/ /	84				/ /	/ /	1	
		/ /	85				/ /	/ /	1	
		/ /	86				/ /	/ /	1	
		/ /	87				/ /	/ /	1	
		/ /	88				/ /	/ /	1	
		/ /	89				/ /	/ /	1	
		/ /	90				/ /	/ /	1	
		/ /	91				/ /	/ /	1	
		/ /	92				/ /	/ /	1	
		/ /	93				/ /	/ /	1	
		/ /	94				/ /	/ /	1	
		/ /	95				/ /	/ /	1	
		/ /	96				/ /	/ /	1	
		/ /	97				/ /	/ /	1	
		/ /	98				/ /	/ /	1	
		/ /	99				/ /	/ /	1	
		/ /	100				/ /	/ /	1	