

MODELOS DE GRÁFICA

MODELO 1

FICHA DE CONTROLE

PROGRAMA: _____ **RISCO:** _____

Município: _____ Unidade de Saúde: _____

Name: _____ DN: _____ / _____ / _____ RG: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Nome da Mãe: _____

Prontuário nº: _____ Cartão SUS nº: _____

Dados Complementares: _____

Data	Atendimento	Observação	Data	Atendimento	Observação
------	-------------	------------	------	-------------	------------

For more information about the study, please contact Dr. Michael J. Hwang at (310) 206-6500 or via email at mhwang@ucla.edu.

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: _____

MODELO 3

 <p>DENGUE NÃO É BRINCADEIRA: É UMA DOENÇA GRAVE E PODE MATAR</p>	<h2>CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DENGUE</h2> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">NOME DO PACIENTE</td> <td style="padding: 5px; text-align: right;">IDADE: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">ENDERECO</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">NOME DA UNIDADE DE ATENDIMENTO</td> </tr> </table> <div style="margin-top: 20px;"> <p>ATENÇÃO PARA OS SINAIS DE ALARME:</p>  <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>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!</p> <p>Apresente este cartão sempre que retornar à Unidade de Saúde.</p> <p style="text-align: center;">ESSA DOENÇA MERCE SUA ATENÇÃO!</p> </div>	NOME DO PACIENTE	IDADE: _____	ENDERECO		NOME DA UNIDADE DE ATENDIMENTO	
NOME DO PACIENTE	IDADE: _____						
ENDERECO							
NOME DA UNIDADE DE ATENDIMENTO							

Em casa, lembre-se que:

MODELO 4

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL		
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome Completo:		
CRM	UF	N.º
Endereço Completo e Telefone:		
Cidade:	UF:	
Paciente: _____		
Endereço: _____		
Prescrição: _____ _____		
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		
Nome: _____		
Ident.: _____ Órg. Emissor: _____		
End: _____		
Cidade: _____ UF: _____		
Telefone: _____		
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR		
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ___ / ___ / ___		

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

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: ____ / ____ / ____ ás ____ 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 1^a 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 prefeito 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 trasretal da próstata há 7 dias
Não ter feito colonoscopia ou retosigmoidoscopia 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 GLICEMICA - 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: saudc@orindiua.sp.gov.br

informações@orindiua.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

REFERÊNCIA

Do _____ Para _____

I - IDENTIFICAÇÃO: - PRONTUÁRIO N.º _____

Nome _____ Data de Nascimento ____ / ____ / ____

Idade _____ Sexo _____ Cor _____

Profissão _____ Procedência _____

Endereço da Residência _____

Ponto de Referência

Acompañante _____
H. _____ y M. _____ C. _____ F. _____ y R. _____ de _____

H - Resumo da História Clínica e Exames já Realizados:

Digitized by srujanika@gmail.com

III - Hipótese Diagnóstica: _____

IV - Solicitação: _____

Data / /

ASSINATURA E CARIMBO

CONTRA REFERÊNCIA

Do _____ **Para** _____

I - RELATÓRIO E ORIENTAÇÕES:

Data _____ / _____ / _____

Obs: 1º Via Anexar a Prestação de Contas do SUS
2º Via Encaminhar a Unidade Requisitante Através do Parâmetro

ASSINATURA E CARIMBO

MODELO 11

MINISTÉRIO DA SAÚDE **REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA**
Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama

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

UF	Código da Unidade de Saúde (CNES)		
Unidade de Saúde			
Código Municipio	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	Orgão Emissor	UF	CNPJ (CPF)
Data de Nascimento	Idade	Cor/Raca	<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 Municipio	Município		
CEP	DDD	Telefone	
Ponto de Referência			
Escolaridade			
<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo			
DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)			
1 - Tem nódulo ou caroço na mama?		3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?	
<input type="checkbox"/> Sim, mama direita <input type="checkbox"/> Sim, mama esquerda <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Nunca foram examinadas anteriormente	
2 - Apresenta risco elevado * para câncer de mama?		4- Fez mamografia alguma vez?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> Sim. Quando fez a última mamografia? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
<p>* 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>.</p>			

INDICAÇÃO CLÍNICA

5 - Mamografia diagnóstica mama esquerda mama direita ambas

5a. Achados no exame clínico

Mama direita <input type="checkbox"/> Lesão papilar Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica Nódulo: Localização: <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA Espessamento: Localização: <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA Linfonodo palpável <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supraclavicular	Mama esquerda <input type="checkbox"/> Lesão papilar Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica Nódulo: Localização: <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA Espessamento: Localização: <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA Linfonodo palpável <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supraclavicular
--	---

5b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita <input type="checkbox"/> nódulo <input type="checkbox"/> microcalcificação <input type="checkbox"/> assimetria focal <input type="checkbox"/> assimetria difusa <input type="checkbox"/> área densa <input type="checkbox"/> distorção focal	Mama esquerda <input type="checkbox"/> nódulo <input type="checkbox"/> microcalcificação <input type="checkbox"/> assimetria focal <input type="checkbox"/> assimetria difusa <input type="checkbox"/> área densa <input type="checkbox"/> distorção focal
--	---

5c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita <input type="checkbox"/> nódulo <input type="checkbox"/> microcalcificação <input type="checkbox"/> assimetria focal <input type="checkbox"/> assimetria difusa <input type="checkbox"/> área densa <input type="checkbox"/> distorção focal	Mama esquerda <input type="checkbox"/> nódulo <input type="checkbox"/> microcalcificação <input type="checkbox"/> assimetria focal <input type="checkbox"/> assimetria difusa <input type="checkbox"/> área densa <input type="checkbox"/> 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 médias
 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 |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> Coagulograma |
| <input type="checkbox"/> Ureia | <input type="checkbox"/> Urina 1 |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> PPF |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Total | <input type="checkbox"/> Calcio |
| <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"/> Triglicerides | <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 Urico | |
| <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 | |

TESTE RÁPIDO:

- | |
|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> HbsAg |
| <input type="checkbox"/> HCV |
| <input type="checkbox"/> VDRL |

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

- 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
- Reticulocitos
- 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

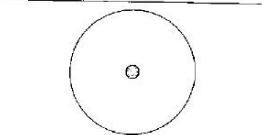
Outros Exames:

Identificação do Solicitado:

Nome: _____ CRM: _____

Assinatura e Carimbo:

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		
<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"/> Usa ACO contínuo <input type="checkbox"/> Usa Dispositivo Intra-uterino <input type="checkbox"/> Fez Histerectomia <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Subtotal <input type="checkbox"/> Gravidez semanas <input type="checkbox"/> Pós-parto meses <input type="checkbox"/> Está em aleitamento		<input type="checkbox"/> Menopausa anos <input type="checkbox"/> Faz Reposição Hormonal <input type="checkbox"/> Usa Tamoxifeno <input type="checkbox"/> Usa Isoflavona <input type="checkbox"/> Nenhum hormônio <input type="checkbox"/> Fez cauterização/conização/CAF há anos meses <input type="checkbox"/> Fez radioterapia há anos meses
 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:	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
Atípias em células escamosas:	7.1, 7.2, 7.3, 7.4
Atípias 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

MODELO 15

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLOGICO - 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	
Bairro	UF	
Código do Município	Município	
CEP	DDD	Telefone
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 ANAMISE		
1. Fez o exame preventivo (Papanicolau) alguma vez? <input type="checkbox"/> Sim. Quando fez o último exame? ano _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		
6. Já fez tratamento por radioterapia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		
7. Data da última menstruação / regra: _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Não sabe / Não lembra		
2. Usa DIU? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		
8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais? (não considerar a primeira relação sexual na vida) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra		
3. Está grávida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		
9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa? (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência da reposição hormonal) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa		
4. Usa pílula anticoncepcional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		
5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		
10. Inspeção do colo <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente) <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Colo não visualizado		
11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Data da coleta	Coletor	

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

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório

Número do Exame

Nome do Laboratório

Recebido em:

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLOGICO - ECOLO DO ÚTERO**AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA**

AMOSTRA REJEITADA POR:

- Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
 Lâmina danificada ou ausente
 Causes alheias ao laboratório; especificar: _____
 Outras causas; especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:

- Escamoso
 Glandular
 Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL

- Satisfatória
 Insatisfatória para avaliação oncocítica devido a:
 Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
 Sangue em mais de 75% do esfregaço
 Piódios em mais de 75% do esfregaço
 Artefatos de dessecamento 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 DESCRIPTIVO

- DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, NO MATERIAL EXAMINADO
 ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS
 Inflamação
 Metaplasia escamosa imatura
 Reparação
 Atrofia com inflamação
 Radiação
 Outros; 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

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeitos citopáticos 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)

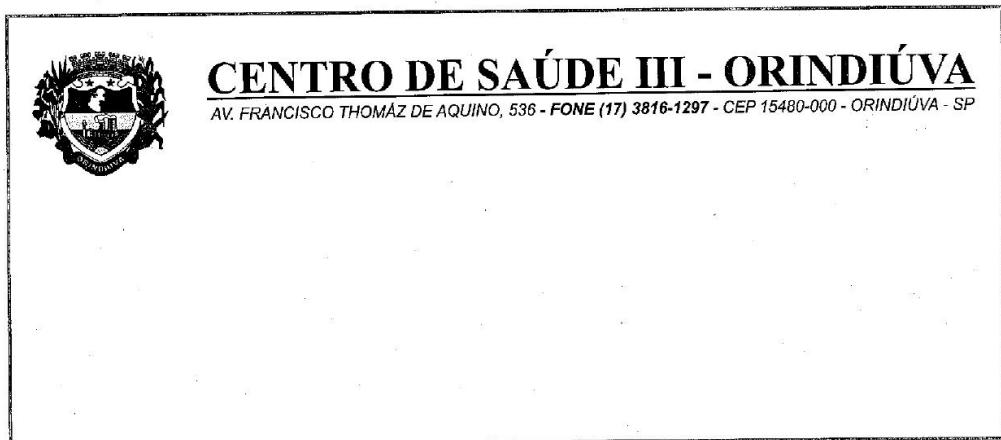
Observações Gerais: _____

Responsável pelo resultado

CNPF (CPF)

Impresso/efetua

MODELO 16



MODELO 17



MODELO 18



MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

DIGITADO POR: / /
CONFERIDO POR: FOLHA N°:

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

Nº CARTÃO SUS:						
Nome do Cidadão: [*]						
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		
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES***	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		
	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
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Ontem a criança consumiu:					
	Outro leite que não é 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, beldroega, beterraba, 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 (bol, frango, peixe, porco, milídios, outras) ou ovo	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe		
	Figado	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe		
	Foljão	<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, saquinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelos, gelatina)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
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, saquinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelos, 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

e-SUS Atenção Básica	CADASTRO INDIVIDUAL			DIGITADO POR:	/ /
				CONFERIDO POR	FOLHA Nº:
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	MICROÁREA	DATA: *	
_____	_____	_____	_____	/ /	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO					
Nº DO CARTÃO SUS	RESPONSÁVEL FAMILIAR É o responsável? N° DO CARTÃO SUS			DATA DE NASCIMENTO:	
_____	<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	PAÍS DE NASCIMENTO:		TELEFONE CELULAR: ()		
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**			E-MAIL:		
INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS					
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR					
<input type="radio"/> Conjuge /Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteado(a) <input type="radio"/> Neto(a) / Bisneta(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					
OCCUPAÇÃO					
<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 (Móvel, etc) <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1º a 4º)					
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 SE SIM, QUAL? <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="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL(is)? <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 conciência 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

CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE PREFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
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
FAZ USO DE ALCOOL?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DIABETES?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEVE AVC / DERRAME?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEVE INFARTO?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DOENÇA CARDIACA / DO CORAÇÃO?		<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
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe
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 COM HANSENÍASE?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
ESTÁ COM TUBERCULOSE?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM OU TEVE CÂNCER?		<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? _____
FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSIQUIATRA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
ESTÁ ACAMADO?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
ESTÁ DOMICILIADO?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
USA PLANTAS MEDICINAIS?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____
USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <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
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
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
POSSI 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
É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____	
VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____	
TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não 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

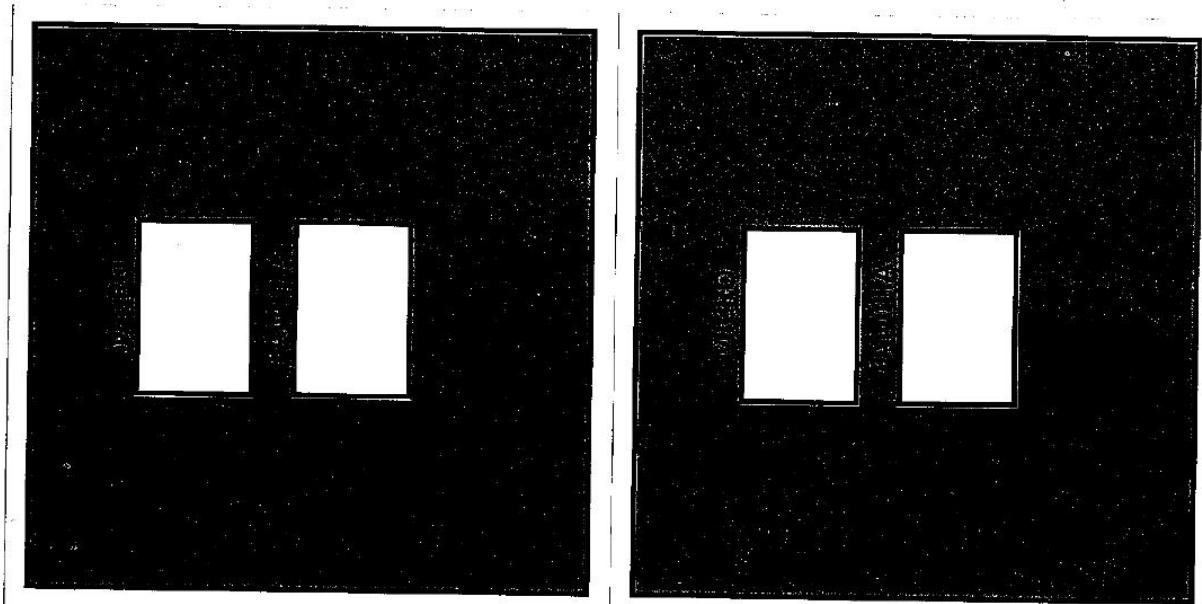
MODELO 20

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

Microárea

Família Nº PRONTUÁRIO AMBULATÓRIAL

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.E. ORINDIÚVA		
Microárea			
Família			
Endereço			
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		Identificação do Emitente		MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA
UF SP	Número 211651	B	<i>Centro de Saúde de Orindiúva</i> Av. Francisco Tomas de Aquino, 536 - Centro - Orindiúva - SP.	
Data _____ de _____ de _____		Paciente _____	QUANT. E FORMA FARMACÊUTICA	
		Endereço: _____	DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA	
		Assinatura do Emitente	POSOLOGIA	
Identificação do Comprador			CARIMBO DO FORNECEDOR	
Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade N° _____			Nome do Vendedor _____ Data _____	

BAO GRÁFICA LTDA - ME - Av. da Maio, 2147 - São Judas - F: (17) 3238-8800 - S.J.R.P-SP - Inscr. Est. 647.170.079.116 - CNPJ 51.280.410/0001-65 - 30 Ims Série 29 de 29 211.651 a 29 213.060 - Aut. VISA nº 059/2021 - 05/2021

MODELO 25

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

BAO GRÁFICA LTDA - ME - Av. da Maio, 2147 - São Judas - F: (17) 3238-8800 - S.J.R.P-SP - Inscr. Est. 647.170.079.116 - CNPJ 51.280.410/0001-65 - 05 Ims Série 29 de 29 370.501 a 29 370.750 - Aut. VISA nº 112/2017 - 03/2017

MODELO 26

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL
RETINÓIDES SISTÉMICOS
(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 _____

Isotretínoína

Tretinolna

Acitretina



C₂
GRAVIDEZ PROIBIDA
Risco de graves defeitos
na face, nas orelhas, no
coração e no sistema
nervoso do feto.

Posologia _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome _____

Data _____

BAD GRÁFICA LTDA - ME - Av. de Maio, 2147 - São Judas - F: (17) 3230-8800 - S.J.R.P-SP - Insc. Est. 547.170.079.116 - CNPJ 61.260.410/0001-66 - 2 bis Série 29 de 29 017.051 a 29 017.150 - Aut. VISA nº 84/20 - 07/2020

MODELO 27**Secretaria de Estado da Saúde - ERSA 57 - S. J. do Rio Preto****RESUMO DOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ODONTOLOGIA**Fl. _____
MÊS/ANO _____

MUNICÍPIO: _____

CÓD: _____

UNIDADE: _____

CÓD: _____

N.R. ORD.	Tº ATEN ANO AT/PRONT.	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		PROCEDIMENTO	T C	ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL
		NOME	IDADE			
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)

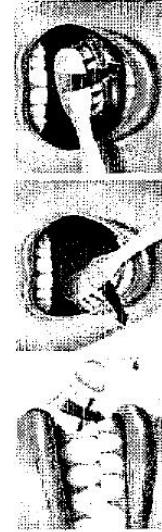
R. AT. AMB. ODOR

DATA: ____ / ____ / ____

ASS. DO CD: _____

CRO: _____

Como Realizar a Escovação?



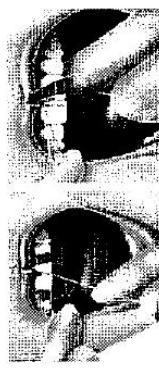
■ Os dentes da arcada inferior devem ser escovados de baixo para cima e os da arcada superior de cima para baixo.

■ Não usar força excessiva. Movimentos circulares e suaves devem ser feitos para massagiar 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 Paganini e Isabela Maria Borbonecci

Qual a quantidade de pasta a ser colocada na escova?

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

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

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 mamar por trás, damos a isso o nome de retenção prolongada do deciduo (pois sua raiz não realizou a rizólise completa.), sendo necessário uma "ajudinha" do dentista para remoção do mesmo.

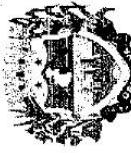
Alimentação

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 carie.

Desenvolvido por:
Beatriz Resende Deliberti
Cirurgiã-Dentista

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE ORINDIÚVA
CENTRO DE SAÚDE

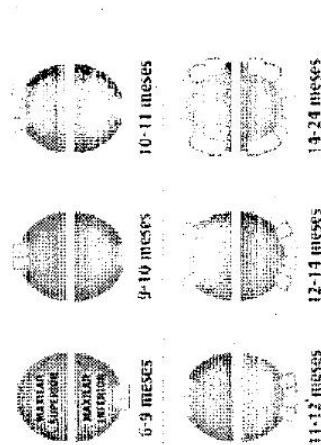


Porque cuidar da Saúde Bucal de seu filho?

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 habituá-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 3º ou 4º mês de vida já começam a apontar, como também podem atrasar esse processo. Todos os dentes deciduos 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 neonatal: aparece na cavidade bucal no período compreendido entre o nascimento e um mês de vida.

Sintomas:

Durante o surgimento dos primeiros dentes de seu filh(o) 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 37º e diarréia 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, enrolar 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).

o inicio da escovação

O inicio 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 etaria, e pasta contendo Flúor.

Sempre realizar após as refeições com escova pequena de cerdas macias, ponta redonda e cabo grosso. Pasta dental com 1500ppm de Flúor atentando 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 bons hábitos adquiridos durante a infância de higiene bucal, sempre estimulando o uso do fio dental.

MODELO 29

AÇÕES REALIZADAS

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	
21														22	
NOME DO ALUNO														SEXO	
23		LOCALIDADE						ESTADO			NACIONALIDADE		DIA	MÊS	ANO
NASCIMENTO															
24		NOME DO PAI													
FILIAÇÃO		NOME DA MÃE													
30		RESIDÊNCIA													
31		(R. Av.;etc) _____ N.º _____ P/USO ESC													
BAIRRO:		TEL:		CIDADE: _____											
OUTRAS INFORMAÇÕES:															
33		MUDANÇAS													

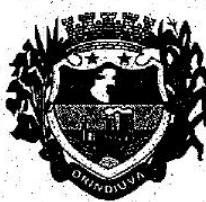
40	PROCEDÊNCIA DO ALUNO			
41	ESCOLA OU EQUIVALENTE			
GRAU:		ANO:	CURSO / HABILITAÇÃO	
CIDADE			ESTADO OU PAÍS	
42	JÁ ESTUDOU NA ESCOLA?	SIM	NÃO	

PARA USO DA ESCOLA						
90	DOCUMENTOS PESSOAIS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA					
A	REG. NASCIM.	N.º	LV.	FLS.	(SUB) DISTRITO	CIDADE (MUNICÍPIO)
B	CÉD. IDENT.	RG.	ORGÃO EXPEDIDOR			EST. DATA EXP.
C	CERT. AL. MIL.	N.º	SÉRIE	RM	CSM	DATA EXP.
D	CERT. RESERV.	N.º	CAT.	SÉRIE	RM	CSM DATA EXP.
E	TIT. ELEIT.	N.º	ZONA	SEÇÃO		DATA EXP.
F	CART. PROFIS.	N.º	SÉRIE	EST.		DATA EXP.
G						
H						

100	TRANSFERÊNCIA		
SOLICITO TRANSFERÊNCIA DE ESTUDOS			
101	PARA OUTRO ESTABELECIMENTO DE ENSINO		
102	PARA O/A CURSO / HABILITAÇÃO DESTE MESMO ESTABELECIMENTO DE ENSINO		
_____ DE _____		DE _____	
103	RESPONSÁVEL	104	DIRETOR
ASSINATURA		DESPACHO	

110	OBSERVAÇÕES
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

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

Fone: (17) 3816-1433

0850

Requisição de Material

Autorizo o Sr. _____ a retirar

o material relacionado, o mesmo será destinado ao setor _____

Destinatário: _____ Data _____ / _____ / _____

Assinatura Responsável

Assinatura Setor de Compras

MODELO 32



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

MODELO 33



PREFEITURA MUNICIPAL DE ORINDIÚVA

PRAÇA MARIA DIAS, N.º 614

ESTADO DE SÃO PAULO

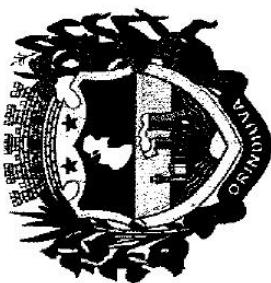
GUIA DO DIA.....DE.....DE.....

ARRECADAÇÃO.....

PREFEITURA MUNICIPAL DE ORINDIÚVA

CNPJ 45.148.970/0001-77

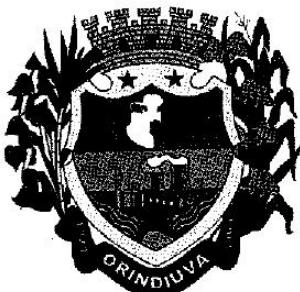
Praça Maria Dias, 614 - Fone/Fax (17) 3816-9600
Centro - Orindiúva - Estado de São Paulo - CEP 15480-000
e-mail: prefeitura@orindiuva.sp.gov.br



Processo N.^o

Arquivo N.^o

PREFEITURA MUNICIPAL DE ORINDIÚVA



ESTADO DE SÃO PAULO

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

**BALANÇETE
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

	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 litro que ten. Barbante			
ÓLEO LUBRIFICANTE				
FILTROS	Não precisa ter que fato			
BORRACHARIA	→ Tolosamente Celoso			
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

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

CONTROLE DE FROTAS

PLACA VEÍCULO: