

* item 02 Pasta do Processo

Cor Amarelo *



Prefeitura Municipal de Piracaia

DIVISÃO: _____

DEPARTAMENTO DE: _____

DIVISÃO: _____

Processo N.º _____

Ano _____

Interessado _____

Assunto _____

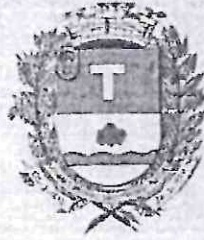
Despacho _____

MENTO: _____

Data _____ de _____ de _____

* item 03 Pasta de Processo

Cor Azul *



Prefeitura Municipal de Piracaia

DEPARTAMENTO DE: _____

DIVISÃO: _____

Processo N.º _____

Ano _____

Interessado _____

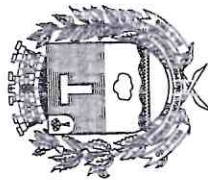
Assunto _____

Despacho _____

Data _____ de _____ de _____

DIVISÃO:

MENTO:

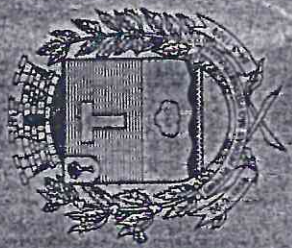


PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACAIA

CNPJ 45.279.627/0001-61

Avenida Dr. Cândido Rodrigues, 120 - Tel.: (11) 4036-2040
CEP 12970-000 - Piracaia - SP - gabinete@piracaia.sp.gov.br

* item 04 *



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACAIA

CNPJ 45.279.627/0001-61

Avenida Dr. Cândido Rodrigues, 120 - Tel.: (11) 4036-2040
CEP 12970-000 - Piracaia - SP - gabinete@piracaia.sp.gov.br

10 + km 05 ...
Ribeiro

* Item 06 cartões Protocolo *



Prefeitura Municipal de Piracaia

Setor de Protocolo e Arquivo
Tel.: (11) 4036-2040 Ramal: 2098

Nome: _____

Protocolo: _____ Data: ____/____/____

Processo: ____/____/____

Assunto: _____

Observações: _____

Retornar após 15 dias para ciência do andamento do processo.

Imprescindível a apresentação deste cartão.

fronte

Piracaia.sp.gov.br

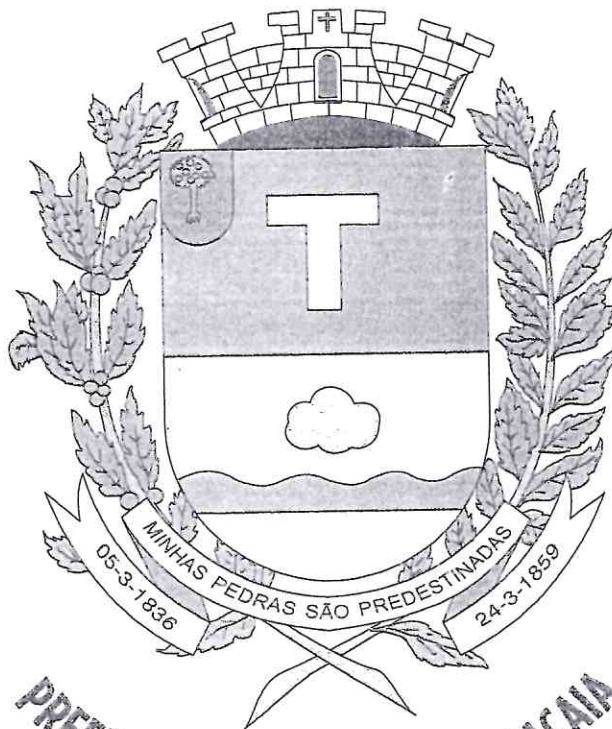
ACOMPANHE SUA SOLICITAÇÃO

verso

"I Lem 07"

* Capa resultado de ultrassom

DEPARTAMENTO DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACAJÁ

ULTRASSOM

"I km 08"

9/5/9

11



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACAIÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CARTÃO DO PACIENTE CRÔNICO

Nome: _____

DN: _____

CNS: _____

"I km 08" obns

Data da consulta ____/____/____	Data da consulta ____/____/____
Data da consulta ____/____/____	Data da consulta ____/____/____

- Diabetes
- Obesidade
- Trissomias
- Imunossupressão
- Transplantados

ESPECIFICAR DOENÇA

- Cardíaca crônica _____
- Hepática crônica _____
- Neurológica crônica _____
- Renal crônica _____
- Respiratória crônica _____

8061

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL *2km 0911*

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACAIA
Av. Dr. Cândido Rodrigues, 120 - Centro Cep 12970-000 - Piracaia - SP CNPJ (MF) 45.279.627/0001-61

1ª VIA - FARMÁCIA - BRANCA
2ª VIA - PACIENTE - ROSA

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Ident. _____ Órg. Emissor _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
ASS. DO FARMACÊUTICO
DATA: ____/____/____

6090

1 Im 70''



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACAIA

ESTADO DE SÃO PAULO

CONVÊNIO 07/83

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

DECLARO que o segurado _____

portador de Carteira Profissional nº _____, série _____

permaneceu nesta Unidade no dia _____ de _____

às _____ horas, para fim de:

Local e Data

Assinatura e Carimbo do Profissional

9/07



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACAIA

ESTADO DE SÃO PAULO

1 Ilm 11 "

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr. (a) _____
portador da carteira profissional nº _____
série _____, 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 14/03/67 e será expedido para
justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACIA
RECEITUÁRIO MÉDICO

9654



11 Jan 12 11

Paciente: _____

Rua Jan Antonin Bata, 6 – Centro – CEP 12970-000 – Piracicaba – SP
Tel.: (11) 4036-2720

02/09

2XU

	SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU 192 REGIONAL CGR BRAGANÇA	
--	--	--

Avaliação de Qualidade da Assistência

1 km B"

Equipe: _____

Data: __/__/__ VTR: _____ QRU: _____

Telefone fixo: _____ Celular: _____

1. Como você avalia o atendimento durante a ligação para o SAMU 192?

Excelente Ótimo Bom Regular Ruim

2. Como você avalia o acolhimento dispensado pelos profissionais do SAMU 192?

Excelente Ótimo Bom Regular Ruim

3. De acordo com seu conhecimento, como você avalia os procedimentos realizados pela equipe no local?

Excelente Ótimo Bom Regular Ruim

4. A equipe que lhe atendeu estava uniformizada (macacão, botas, luvas, óculos e máscara) e com identificação?

Sim Não, justifique _____

5. Sobre a viagem até o hospital, como você avalia a segurança da forma como o motorista dirigiu a ambulância?

Excelente Ótimo Bom Regular Ruim

6. Sobre a conservação e limpeza da ambulância, como você avalia?

Excelente Ótimo Bom Regular Ruim

7. Como você avalia todo o atendimento do SAMU 192?

Excelente Ótimo Bom Regular Ruim

Recusou participar da avaliação

Impossibilidade/Motivo _____

Ass. Usuário

Ass. Equipe e Carimbo

OBS.: Esta ficha deverá ser entregue / enviada semanalmente para coordenação do SAMU 192 Regional Bragança para tubulação.

6060

4 x 1

16



SAMU REGIONAL BRAGANÇA

192

Atibaia - Bom Jesus dos Perdões - Bragança Paulista
Joanópolis - Nazaré Paulista - Pedra Bela
Pinhalzinho - Piracala - Socorro - Tuiuti - Vargem

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Suporte Básico de Vida

11 Item 14

Data ____/____/____ QRU ____ VTR ____ Médico regulador ____
Nome _____ Idade ____ Masc Fem

DESCRIÇÃO DO CASO

Vítima encontrada
Encarceramento mecânico físico I físico II Ejetada ____ metros
 motorista/piloto passageiro dianteiro passageiro traseiro/ garupa pedestre/ciclista
 deambulando sentada deitada dorsal ventral DLE DLD

Dispositivos de segurança
Cinto de segurança sim Não
 air bag deflagrado
Capacete sim Não
Retirado próprio paciente outros

Avaliação primária / secundária	Enchimento capilar	Resposta motora
X _____	<input type="radio"/> < 2 segundos <input type="radio"/> > 2 segundos	<input type="radio"/> As ordens <input type="radio"/> Localiza a dor <input type="radio"/> Flexão normal <input type="radio"/> Flexão anormal <input type="radio"/> Extensão <input type="radio"/> Ausente
A _____	Cincinatti Sorriso <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado Movimentação <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado Articulação da fala <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado	Resposta verbal <input type="radio"/> Orientado <input type="radio"/> Confuso <input type="radio"/> Palavras <input type="radio"/> Sons <input type="radio"/> Ausente
B _____	Pupilas <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Abertura ocular <input type="radio"/> Espontânea <input type="radio"/> Ao som <input type="radio"/> A pressão / dor <input type="radio"/> Nenhuma
C _____		
D _____		
E _____		

Antecedentes patológicos _____

Medicamentos em uso _____

Alergias Niega/Dasconhece Impossibilidade de responder Sim _____

Última refeição Impossibilidade de responder Tempo _____

Refere uso de bebidas alcoólicas entorpecentes _____

Perda de Tampão mucoso Líquido Sangue G ____ C ____ P ____ A ____ F ____

DUM ____/____/____ IG ____ DU ____

SINAIS VITAIS						
Hora ____	PA ____	FC ____	FR ____	DX ____	SAT ____	TAX ____
Hora ____	PA ____	FC ____	FR ____	DX ____	SAT ____	Peso ____

RECÉM-NASCIDO	Sinais vitais		1º minuto	5º minuto
	Hora nascimento _____	Frequência cardíaca		
_____	Esforço respiratório			
_____	Tônus muscular			
_____	Irritabilidade reflexa			
_____	Coloração da pele			

11/2km 14 Junho 11

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA / PRESCRIÇÃO VIA TELEMEDICINA

Fármaco	Dose	Via	Horário

PROCEDIMENTOS REALIZADOS / DISPOSITIVOS UTILIZADOS

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aspiração de VAS | <input type="checkbox"/> Pranchamento | <input type="checkbox"/> Acesso periférico _____ |
| <input type="checkbox"/> Cânula de guedel | <input type="checkbox"/> Remoção em cadeira | <input type="checkbox"/> Acesso periférico _____ |
| <input type="checkbox"/> Cintos de segurança | <input type="checkbox"/> Retirada de capacete | <input type="checkbox"/> Colar cervical _____ |
| <input type="checkbox"/> Curativo de 03 pontos | <input type="checkbox"/> Retirada de corpo estranho | <input type="checkbox"/> Oxigênio _____ |
| <input type="checkbox"/> Curativo oclusivo compressivo | <input type="checkbox"/> Retirada de prótese dentária | <input type="checkbox"/> RCP _____ minutos - _____ choques |
| <input type="checkbox"/> DEA / Desfibrilador | <input type="checkbox"/> Rolamento <input type="checkbox"/> 90º <input type="checkbox"/> 180º | |
| <input type="checkbox"/> Estabilização cervical manual | <input type="checkbox"/> Torniquete – instalado _____ | |
| <input type="checkbox"/> Imobilização de pelve | <input type="checkbox"/> Tração da mandíbula | |
| <input type="checkbox"/> Inclinação da cabeça / elevação do mento | <input type="checkbox"/> Ventilação com ambu | |
| <input type="checkbox"/> Imobilizador de cabeça | Imobilização <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE | |
| <input type="checkbox"/> Oximetria digital | Imobilização de ombro <input type="checkbox"/> Dir <input type="checkbox"/> Esq | |
| Técnica para extricação veicular <input type="checkbox"/> Auto | <input type="checkbox"/> 0º <input type="checkbox"/> 30º <input type="checkbox"/> 60º <input type="checkbox"/> 90º | <input type="checkbox"/> Retirada rápida |

Anotações _____

TRANSPORTE ATÉ UNIDADE DE SAÚDE

Intercorrências Não Sim _____

DADOS DA EQUIPE

DESTINO FINAL

Enfermeiro _____

Enfermagem _____

Condutor _____

Médico _____

Óbito no local / durante o atendimento

Alta no local da ocorrência

Encaminhado à Unidade de Saúde

Local _____

Receptor _____

TERMO DE RECUSA LIVRE E ESCLARECIDO

Estando devidamente orientado e informado sobre os riscos à que possa estar exposto, com eventuais sequelas irreversíveis e risco de morte, recuso receber atendimento pela equipe do SAMU ser encaminhado para uma Unidade de Saúde pela equipe do SAMU, assumindo todos os riscos derivados desta ação, ou também recuso assinar o presente termo.

RG / CPF _____

Assinatura do paciente _____

Testemunha 1 _____

Testemunha 2 _____

RG / CPF _____

RG / CPF _____

CANCELAMENTO DA OCORRÊNCIA

Motivo _____



4x0 "Ibm 15"

Gaveta 1	Quant	CK	CK	CK	CK
Fita de sinalização	01				
Lanterna	01				
Gaveta 2	Quant	CK	CK	CK	CK
Avental descartável	03				
Manta térmica	02				
Máscara N-95	02				
Óculos de proteção	02				
Compartmento 1	Quant	CK	CK	CK	CK
Capa para colchão	02				
Esfignomanômetro obeso	01				
Esfignomanômetro ped	01				
Kit ambú neonatal	01				
Kit ambú pediátrico	01				
Kit cateter nasal	02				
Kit parto	01				
Máscara de alto fluxo adulto	02				
Máscara de alto fluxo infantil	02				
Máscara de inalação adulto	02				
Máscara de inalação infantil	02				
Saco de lixo pequeno	03				
Compartmento 2	Quant	CK	CK	CK	CK
Aspirador de alta espiração	01				
Coletor de perfurocortante	01				
DEA com pá adulto e infantil	01				
Fluxômetro de oxigênio	01				
Máscara de inalação adulto	01				
Compartmento 3	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	06				
Atadura 15 cm	06				
Bandagem triangular	02				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	10				
Gaze estéril	10				
Kit colar cervical	02				
Kit protetor de cabeça	02				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	06				
Compartmento 4	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 5	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 6	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 7	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 8	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 9	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 10	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 11	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 12	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 13	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 14	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 15	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 16	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 17	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 18	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 19	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 20	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 21	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 22	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 23	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 24	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 25	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	01				
Gaze estéril	01				
Kit colar cervical	01				
Kit protetor de cabeça	01				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Tirantes	01				
Compartmento 26	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	01				
Atadura 15 cm	01				
Bandagem triangular	01				
Cinta pélvica	01				

7967

"Item 16"

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

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

"Item 16"

UF **SP** CNES da Unidade de Saúde **2040514**
 Unidade de Saúde **CS III JOSE FERROSAS**

Município **PIRACAIÁ** Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS
 Nome Completo da Mulher
 Nome Completo da Mãe
 Apellido da Mulher
 Quantidade Orgão Emissor UF CNPF (CPF)
 Data de Nascimento Idade

Dados Residenciais

Logradouro
 Número Complemento Bairro UF
 Código do Município Município **PIRACAIÁ**
 CEP **12970-000** DDD Telefone

Ponto de Referência
 Escolaridade: Analfabeta 1º Grau incompleto 1º Grau Completo 2º Grau incompleto 2º Grau Completo Ensino Superior Completo

DADOS DE ANAMNESE

1. Fez o exame preventivo (Papanicolau) alguma vez?
 Sim. Quando fez o último exame? ano / /
 Não Não sabe

2. Usa DIU?* Sim Não Não sabe

3. Está grávida?* Sim Não Não sabe

4. Usa pílula anticoncepcional?
 Sim Não Não sabe

5. Usa hormônio / remédio para tratar menopausa?
 Sim Não Não sabe

6. Já fez tratamento por radioterapia?
 Sim Não Não sabe

7. Data da última menstruação / regra:
 / / Não sabe / Não lembra

8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?
 (não considerar a primeira relação sexual na vida)
 Sim Não / Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?
 (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência da reposição hormonal)
 Sim Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

10. Inspeção do colo
 Normal
 Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
 Alterado
 Colo não visualizado

11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
 Sim Não

Data da coleta / / Coletador

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

Item 16 verso

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CHAVES DO LABORATÓRIO

Número do Exame

Nome do Laboratório

Recebido em:

RESULTADO DO EXAME CITOPAROLÓGICO COLO 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 ancótica 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
 - Outros, especificar: _____

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

- Sim Não

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 (ASC-US)
 - Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)
- Glandulares:
 - Possivelmente não neoplásicas
 - Não se pode afastar lesão de alto grau
- De origem indefinida:
 - Possivelmente não neoplásicas
 - Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

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

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

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

- OUTRAS NEOPLASIAS MALÍGNAS: _____
- PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: _____

Screening pelo citotécnico: _____

Data do Resultado

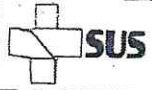
____ - ____ - ____

Responsável pelo resultado: _____

CNPF (CPF):

____ - ____ - ____ - ____ - ____

91099 "Ibm 17"



Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
--	----------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE	4 - Nº DO PRONTUÁRIO
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	7 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
	13 - UF
	14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	17 - QTDE.
---------------------------------------	-------------------------------------	------------

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTDE.
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE.
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE.
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE.

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

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	34 - CID10 PRINCIPAL	35 - CID10 SECUNDÁRIO	36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
37 - OBSERVAÇÕES			

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	39 - DATA DA SOLICITAÇÃO	42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
40 - DOCUMENTO () CNS () CPF	41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	52 - CNES
---	-----------



9199 6661

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DO INTERIOR

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE

" 1 km 19 "

GUIA DE REFERÊNCIA

Munic.: CENTRO DE SAÚDE - PIRACAIA - Tel.: 4036-2720 Especialidade solicitada: _____

DRS-7 - CAMPINAS

I - Identificação do Paciente

Nome: _____

Endereço: _____ Município: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Ocupação: _____

Nome do responsável: _____

II - Justificativa da Referência

• História Progressiva e Quadro Clínico _____

• Diagnóstico ou Hipótese Diagnóstica _____

• Exames Realizados - Data e Resultados _____

• Consulta Terapêutica _____

III - Motivo do Encaminhamento

DIAGNÓSTICO

CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

TRATAMENTO

SEGUIMENTO

OUTRA ESPECIALIDADE

INTERNAÇÃO

OUTROS (ESPECIFICAR) _____

IV - Nome do Médico Solicitante: _____ CRM: _____

Assinatura: _____ Data ____ / ____ / ____

V - Agendamento para

Unidade: _____ Especialidade: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Município: _____ Data: ____ / ____ / ____ Horário: _____

Nome e Assinatura do Responsável pelo Agendamento: _____

Data do Preenchimento ____ / ____ / ____



11 Item 18 verso

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DO INTERIOR

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE

GUIA DE CONTRA-REFERÊNCIA

De: _____

Município: _____

DIR.: _____

Para: (Unidade Solicitante) _____

Município: (Solicitante) _____ Especialidade Atendida _____

I - Identificação do Paciente

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Município: _____

Prontuário: _____

Nome do Responsável: _____

II - Hipótese Diagnóstica: _____

III - Exames Realizados: (Datas e Resultados) _____

IV - Orientações para Seguimento: _____

V - Retornos: Serviços de Referência SIM NÃO, se SIM _____ / _____ / _____
Data

DATA _____ / _____ / _____ Nome: _____

8094

"Item 109"

1. processo de

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACAIÁ
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE "DR. JOSÉ DA FONSECA ROSAS"

SAMU PIRACAIÁ

Data: _____ Funcionário: _____

ALMOXARIFADO – PEDIDO DE MATERIAL DE ENFERMAGEM

MATERIAL GERAL	PEDIDO
ABAIXADOR DE LÍNGUA-PCTE	
ÁGUA OXIGENADA – LITRO	
AGULHA 25 X 7 – CX. C/ 100	
AGULHA 25 X 8 – CX. C/ 100	
AGULHA 26 X 1,5 – CX. C/ 100	
AGULHA 40 X 1,2 – CX. C/ 100	
ÁLCOOL 70% - LITRO	
ÁLCOOL GEL	
ÁGUA OXIGENADA - LITRO	
ALGODÃO – ROLO	
AP. DE BARBEAR – PCT. C/ 05 UNID.	
AT. CREPE 10CM – PCTE. C/ 12	
AT. CREPE 15CM – PCTE. C/ 12	
AT. CREPE 20CM – PCTE. C/ 12	
BOBINA DE ESTERIL. 10 X 100 - ROLO	
BOBINA DE ESTERIL. 15 X 100 - ROLO	
BOBINA DE ESTERIL. 20 X 100 - ROLO	
BOBINA DE ESTERIL. 25 X 100 - ROLO	
BOBINA SACO PLÁSTICO 20X30	
BOBINA SACO PLÁSTICO 20X35	
BOBINA SACO PLÁSTICO 35X50	
BOBINA SACO PLÁSTICO 40X60	
CAMPO CIRÚRGICO 40X40	
CLOREXIDINA 2% - FRASCO 100 ML	
CLOREXIDINA 5% - FRASCO 100 ML	
CLOREXIDINA DERMO SUAVE – F. 100ML	
COLETOR DE URINA (POTE)	
DESCARPACK 13 L – UNID.	
DESCARPACK 7 L – UNID.	
DETERGENTE ENZIMÁTICO (ciclo zyme) LITRO	
EQUIPO MACRO-GOTAS	
ESFIGNOMANÔMETRO (AP. PRESSÃO)	
ESPARADRAPO - ROLO	
FRALDA DESCARTÁVEL TAM M	
LUXÔMETRO	
GASE 7,5 X 7,5 – PCTE.	
GASE ESTÉRIL PCT COM 10 UNIDADES	
HIPOCLORITO - LITRO	
LUVAS CIRÚRGICAS Nº 8 – C. C/ 100	
LUVAS CIRÚRGICAS Nº7,5 – C. C/ 100	
LUVAS CIRÚRGICAS Nº 7 – C. C/ 100	
LUVAS P/ PROCEDIMENTO G – CX. C/ 100	
LUVAS P/ PROCEDIMENTO M – CX. C/ 100	
LUVAS P/ PROCEDIMENTO P – CX. C/ 100	
MANGUITO P/ ESFIGNOMANÔMETRO	
MÁSCARA BRANCA TRIPLA – CX. C/ 50	
MÁSCARA DE PROTEÇÃO N 95 – UNID.	
MÁSCARA P/ OXIGÊNIO – UNID.	
MANTA ALUMINIZADA PARA RESGATE	
PERA PARA ESIGNOMANÔMETRO	
MICROPORE – ROLO UNITÁRIO	
RIOHEX 2% DEGERMANTE 100ML – FRASCO	
RIOHEX 5% SOLALCOÓLICA 200ML – FRASCO	
RIOHEX SOLUÇÃO AQUOSA 100ML – FRASCO	
SACO DE LIXO BRANCO 100L	
SACO DE LIXO BRANCO 30L	

MATERIAL	PEDIDO
SCAL 25	
SCALP 23	
SERINGA DESC. 10ML – CX. C/ 100	
SERINGA DESC. 20ML – CX. C/ 50	
SERINGA DESC. 3ML – CX. C/ 100	
SERINGA DESC. 5ML – CX. C/ 100	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 10 - UNID	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 4 - UNID	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 6 - UNID	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 8 - UNID	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 12 - UNID	
SONDA URETRAL Nº 12 – UNID.	
SORO 10ML	
SORO FISIOLÓGICO 250ML – CX. C/ 35 BOLSAS	

MATERIAL DE LIMPEZA	PEDIDO
ÁLCOOL LIQUIDO 46%	
MULTIUSO	
PANO DE LIMPEZA BRANCO	
PANO DE CHÃO BRANCO	
GUARDANAPO	
DESINFETANTE	
DETERGENTE GALÃO 5 L	
PAPEL ROLÃO BRANCO	
FLANELA LARANJA	
DUCHA DUPLA FACE	
FÓSFORO	
BALDE GRANDE	
LIXEIRA	
RODO	
VASSOURA	
INSETICIDA	
PÁ DE LIXO	
GUARDANAPO DE PAPEL	
PAPEL TOALHA	
ESCOVA PARA VASO	
SABONETE LÍQUIDO	
ESCOVINHA PARA UNHAS	
ESCOVA PARA LAVAR	
LÃ DE AÇO BOMBRILO	
SABÃO DE PEDRA	
LUVA PARA LAVAR	
SACO PARA LIXO FINO 60L PRETO P	
SACO PARA LIXO FINO 40L PRETO P	
SACO PARA LIXO FINO 20L PRETO P	
SACO PARA LIXO PRETO GROSSO 20L	
SACO PARA LIXO PRETO GROSSO 40L	
SACO PARA LIXO PRETO GROSSO 50L	
COPO GRANDE	
COPO PEQUENO	
ÁGUA SANITÁRIA	
PAPEL HIGIÊNICO	
SABÃO EM PÓ	

"Item 20"

1/1/2020

9647

MOCHILA DE MEDICAÇÃO			
AAS 100MG	COMP	10	VAL:
ADRENALINA	AMP	05	VAL:
AGUA DESTILADA	AMP	10	VAL:
ATROVENT	FR	01	VAL:
BEROTEC	FR	01	VAL:
CAPTOPRIL 25MG	COMP	05	VAL:
CETOPROFENO	FAP	02	VAL:
DIFENDRAMINA	AMP	02	VAL:
DIPIRONA	AMP	04	VAL:
DIPIRONA GOTAS	FR	01	VAL:
DRAMIN B6 DL	AMP	01	VAL:
GLICOSE 50%	AMP	08	VAL:
HIDROCORTISONA	FAP	02	VAL:
HIOSCINA	AMP	02	VAL:
METOCLOPRAMIDA	AMP	02	VAL:
OCTOCINA	AMP	02	VAL:
OMEPRAZOL	FAP	02	VAL:
PARACETAMOL GOTAS	FR	01	VAL:
PROMETAZINA	AMP	02	VAL:
RANITIDINA	AMP	02	VAL:
TIAMINA	AMP	05	VAL:
PSICOTRÓPICOS			
DIAZEPAN	AMP	02	VAL:
HALDOL	AMP	02	VAL:
TRAMAL	AMP	02	VAL:
MATERIAIS			
KIT AGULHA	KIT	01	VAL:
KIT SERINGA	KIT	01	VAL:
AGULHA 25X07	UNID	05	VAL:
AGULHA 30X08	UNID	05	VAL:
AGULHA 40X 12	UNID	05	VAL:
SERINGA 3 ML	UNID	05	VAL:
SERINGA 5 ML	UNID	05	VAL:
SERINGA 10 ML	UNID	05	VAL:
SERINGA 20 ML	UNID	05	VAL:
RESPONSÁVEL: _____			

MOCHILA DE MEDICAÇÃO			
AAS 100MG	COMP	10	VAL:
ADRENALINA	AMP	05	VAL:
AGUA DESTILADA	AMP	10	VAL:
ATROVENT	FR	01	VAL:
BEROTEC	FR	01	VAL:
CAPTOPRIL 25MG	COMP	05	VAL:
CETOPROFENO	FAP	02	VAL:
DIFENDRAMINA	AMP	02	VAL:
DIPIRONA	AMP	04	VAL:
DIPIRONA GOTAS	FR	01	VAL:
DRAMIN B6 DL	AMP	01	VAL:
GLICOSE 50%	AMP	08	VAL:
HIDROCORTISONA	FAP	02	VAL:
HIOSCINA	AMP	02	VAL:
METOCLOPRAMIDA	AMP	02	VAL:
OCTOCINA	AMP	02	VAL:
OMEPRAZOL	FAP	02	VAL:
PARACETAMOL GOTAS	FR	01	VAL:
PROMETAZINA	AMP	02	VAL:
RANITIDINA	AMP	02	VAL:
TIAMINA	AMP	05	VAL:
PSICOTRÓPICOS			
DIAZEPAN	AMP	02	VAL:
HALDOL	AMP	02	VAL:
TRAMAL	AMP	02	VAL:
MATERIAIS			
KIT AGULHA	KIT	01	VAL:
KIT SERINGA	KIT	01	VAL:
AGULHA 25X07	UNID	05	VAL:
AGULHA 30X08	UNID	05	VAL:
AGULHA 40X 12	UNID	05	VAL:
SERINGA 3 ML	UNID	05	VAL:
SERINGA 5 ML	UNID	05	VAL:
SERINGA 10 ML	UNID	05	VAL:
SERINGA 20 ML	UNID	05	VAL:
RESPONSÁVEL: _____			

4092

"Item 21"

A prova d 50 a 10

KIT PUNÇÃO MOCHILA PROCED.			
MATERIAL	QT.	DATA VAL:	
JELCO Nº 14	05	___/___	
JELCO Nº 16	05	___/___	
JELCO Nº 18	05	___/___	
JELCO Nº 20	05	___/___	
JELCO Nº 22	05	___/___	
JELCO Nº 24	05	___/___	
EQUIPO MACRO	03	___/___	
EQUIPO MICRO	01	___/___	
TORNEIRINHA	03	___/___	
ESPARADRAPO	01	___/___	
GARROTE	01	___/___	
FITA CREPE	01	___/___	
POTE ALGODÃO	01	___/___	
MICROPORE	01	___/___	
RESPONSÁVE/ASS.			

KIT PUNÇÃO MOCHILA PROCED.			
MATERIAL	QT.	DATA VAL:	
JELCO Nº 14	05	___/___	
JELCO Nº 16	05	___/___	
JELCO Nº 18	05	___/___	
JELCO Nº 20	05	___/___	
JELCO Nº 22	05	___/___	
JELCO Nº 24	05	___/___	
EQUIPO MACRO	03	___/___	
EQUIPO MICRO	01	___/___	
TORNEIRINHA	03	___/___	
ESPARADRAPO	01	___/___	
GARROTE	01	___/___	
FITA CREPE	01	___/___	
POTE ALGODÃO	01	___/___	
MICROPORE	01	___/___	
RESPONSÁVE/ASS.			

KIT PUNÇÃO MOCHILA PROCED.			
MATERIAL	QT.	DATA VAL:	
JELCO Nº 14	05	___/___	
JELCO Nº 16	05	___/___	
JELCO Nº 18	05	___/___	
JELCO Nº 20	05	___/___	
JELCO Nº 22	05	___/___	
JELCO Nº 24	05	___/___	
EQUIPO MACRO	03	___/___	
EQUIPO MICRO	01	___/___	
TORNEIRINHA	03	___/___	
ESPARADRAPO	01	___/___	
GARROTE	01	___/___	
FITA CREPE	01	___/___	
POTE ALGODÃO	01	___/___	
MICROPORE	01	___/___	
RESPONSÁVE/ASS.			

KIT PUNÇÃO MOCHILA PROCED.			
MATERIAL	QT.	DATA VAL:	
JELCO Nº 14	05	___/___	
JELCO Nº 16	05	___/___	
JELCO Nº 18	05	___/___	
JELCO Nº 20	05	___/___	
JELCO Nº 22	05	___/___	
JELCO Nº 24	05	___/___	
EQUIPO MACRO	03	___/___	
EQUIPO MICRO	01	___/___	
TORNEIRINHA	03	___/___	
ESPARADRAPO	01	___/___	
GARROTE	01	___/___	
FITA CREPE	01	___/___	
POTE ALGODÃO	01	___/___	
MICROPORE	01	___/___	
RESPONSÁVE/ASS.			

KIT PUNÇÃO MOCHILA PROCED.			
MATERIAL	QT.	DATA VAL:	
JELCO Nº 14	05	___/___	
JELCO Nº 16	05	___/___	
JELCO Nº 18	05	___/___	
JELCO Nº 20	05	___/___	
JELCO Nº 22	05	___/___	
JELCO Nº 24	05	___/___	
EQUIPO MACRO	03	___/___	
EQUIPO MICRO	01	___/___	
TORNEIRINHA	03	___/___	
ESPARADRAPO	01	___/___	
GARROTE	01	___/___	
FITA CREPE	01	___/___	
POTE ALGODÃO	01	___/___	
MICROPORE	01	___/___	
RESPONSÁVE/ASS.			

KIT PUNÇÃO MOCHILA PROCED.			
MATERIAL	QT.	DATA VAL:	
JELCO Nº 14	05	___/___	
JELCO Nº 16	05	___/___	
JELCO Nº 18	05	___/___	
JELCO Nº 20	05	___/___	
JELCO Nº 22	05	___/___	
JELCO Nº 24	05	___/___	
EQUIPO MACRO	03	___/___	
EQUIPO MICRO	01	___/___	
TORNEIRINHA	03	___/___	
ESPARADRAPO	01	___/___	
GARROTE	01	___/___	
FITA CREPE	01	___/___	
POTE ALGODÃO	01	___/___	
MICROPORE	01	___/___	
RESPONSÁVE/ASS.			

8051 (1. Item 22)

Handwritten note:
1. 1/10/00
9/10/00

KIT PARTO	QUAN.	VALIDADE	KIT PARTO	QUAN	VALIDADE
LUVA ESTÉRIL 8,0	01 UI	___/___/___	LUVA ESTÉRIL 8,0	01 UI	___/___/___
LUVA ESTÉRIL 7,5	01 UI	___/___/___	LUVA ESTÉRIL 7,5	01 UI	___/___/___
COMPRESSA ESTÉRIL	05 UI	___/___/___	COMPRES. ESTÉRIL	05 UI	___/___/___
CORD CLAMP	06 UI	___/___/___	CORD CLAMP	06 UI	___/___/___
SONDA ASPIR. Nº8	02 UI	___/___/___	SONDA ASPIR. Nº8	02 UI	___/___/___
MANTA TÉRMICA	01 UI	___/___/___	MANTA TÉRMICA	01 UI	___/___/___
TESOURA	01 UI	___/___/___	TESOURA	01 UI	___/___/___
AVENTAL CIRÚRG.	02 UI	___/___/___	AVENTAL CIRÚRG.	02 UI	___/___/___
GORRO CIRÚRG.	04 UI	___/___/___	GORRO CIRÚRG.	04 UI	___/___/___
PULSEIRA IDENT.	05 UI	___/___/___	PULSEIRA IDENT.	05 UI	___/___/___
CAMPO CIRÚRG. ESTÉR.	05 UI	___/___/___	CAMPO CIRÚRG. ESTÉR.	05 UI	___/___/___
DATA DO PREPARO:	___/___/___		DATA DO PREPARO:	___/___/___	
RESPONSÁVEL:			RESPONSÁVEL:		

KIT PARTO	QUAN.	VALIDADE	KIT PARTO	QUAN	VALIDADE
LUVA ESTÉRIL 8,0	01 UI	___/___/___	LUVA ESTÉRIL 8,0	01 UI	___/___/___
LUVA ESTÉRIL 7,5	01 UI	___/___/___	LUVA ESTÉRIL 7,5	01 UI	___/___/___
COMPRESSA ESTÉRIL	05 UI	___/___/___	COMPRES. ESTÉRIL	05 UI	___/___/___
CORD CLAMP	06 UI	___/___/___	CORD CLAMP	06 UI	___/___/___
SONDA ASPIR. Nº8	02 UI	___/___/___	SONDA ASPIR. Nº8	02 UI	___/___/___
MANTA TÉRMICA	01 UI	___/___/___	MANTA TÉRMICA	01 UI	___/___/___
TESOURA	01 UI	___/___/___	TESOURA	01 UI	___/___/___
AVENTAL CIRÚRG.	02 UI	___/___/___	AVENTAL CIRÚRG.	02 UI	___/___/___
GORRO CIRÚRG.	04 UI	___/___/___	GORRO CIRÚRG.	04 UI	___/___/___
PULSEIRA IDENT.	05 UI	___/___/___	PULSEIRA IDENT.	05 UI	___/___/___
CAMPO CIRÚRG. ESTÉR.	05 UI	___/___/___	CAMPO CIRÚRG. ESTÉR.	05 UI	___/___/___
DATA DO PREPARO:	___/___/___		DATA DO PREPARO:	___/___/___	
RESPONSÁVEL:			RESPONSÁVEL:		

KIT PARTO	QUAN.	VALIDADE	KIT PARTO	QUAN.	VALIDADE
LUVA ESTÉRIL 8,0	01 UI	___/___/___	LUVA ESTÉRIL 8,0	01 UI	___/___/___
LUVA ESTÉRIL 7,5	01 UI	___/___/___	LUVA ESTÉRIL 7,5	01 UI	___/___/___
COMPRESSA ESTÉRIL	05 UI	___/___/___	COMPRESSA ESTÉRIL	05 UI	___/___/___
CORD CLAMP	06 UI	___/___/___	CORD CLAMP	06 UI	___/___/___
SONDA ASPIR. Nº8	02 UI	___/___/___	SONDA ASPIR. Nº8	02 UI	___/___/___
MANTA TÉRMICA	01 UI	___/___/___	MANTA TÉRMICA	01 UI	___/___/___
TESOURA	01 UI	___/___/___	TESOURA	01 UI	___/___/___
AVENTAL CIRÚRG.	02 UI	___/___/___	AVENTAL CIRÚRG.	02 UI	___/___/___
GORRO CIRÚRG.	04 UI	___/___/___	GORRO CIRÚRG.	04 UI	___/___/___
PULSEIRA IDENT.	05 UI	___/___/___	PULSEIRA IDENT.	05 UI	___/___/___
CAMPO CIRÚRG. ESTÉR.	05 UI	___/___/___	CAMPO CIRÚRG. ESTÉR.	05 UI	___/___/___
DATA DO PREPARO:	___/___/___		DATA DO PREPARO:	___/___/___	
RESPONSÁVEL:			RESPONSÁVEL:		

Handwritten mark: ?



ANEXO III
 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO - SUS-SP
 REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS DE DIAGNÓSE E TERAPIA - SADT

9062

Nº DA MATRÍCULA

UNIDADE PRESTADORA

NOME: _____ CÓDIGO SUS/SP: _____

UNIDADE REQUISITANTE Uss Josi Augusta Pecanha Brandão

NOME: CENTRO DE SAÚDE JOSE FONSECA ROSAS CÓDIGO SUS/SP: 444015

GESTOR:

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nº RG: _____ IDADE: _____ SEXO: () F () M () Ind. _____

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO RESIDÊNCIA: _____ COD. MUN. RES: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO

DATA DE SOLICITAÇÃO: _____

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE ASSINATURA: _____

NOME

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO SADT

ASSINATURA: _____

NOME

"Item 24"

REQUISITAÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO – COLO DO ÚTERO

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

UF CNES da Unidade de Saúde

S P 2 7 8 4 4 6 7

(Item 25)

Unidade de Saúde

U B S J O S É A U G U S T O P E Ç A N H A B R A N D I Ã O

Município

P I R A C A I A

Nº Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Nome Completo da Mulher*

Nome Completo da Mãe*

Identidade

Data de Nascimento*

Órgão Emissor

Idade

Apelido da Mulher

Raça/cor

UF

CNPJ (CPF)

Branca

Preta

Parda

Amarela

Indígena/Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF S P

Código do Município

3 5 3 8 6 0 0

Município

P I R A C A I A

CEP

1 2 9 7 0 0 0 0

DDD

Telefone

Ponto de Referência

Escolaridade:

Analfabeta

Ensino Fundamental Incompleto

Ensino Fundamental Completo

Ensino Médio Completo

Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*

Rastreamento

Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)

Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)

2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*

Sim. Quando fez o último exame?

ano

Não

Não sabe

3. Usa DIU?*

Sim

Não

Não sabe

4. Está grávida?*

Sim

Não

Não sabe

5. Usa pílula anticoncepcional?*

Sim

Não

Não sabe

6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*

Sim

Não

Não sabe

7. Já fez tratamento por radioterapia?*

Sim

Não

Não sabe

8. Data da última menstruação / regra:*

Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*

(não considerar a primeira relação sexual na vida)

Sim

Não / Não sabe / Não lembra

10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*

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

Sim

Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo*

Normal

Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)

Alterado

Colo não visualizado

12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?

Sim

Não

NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.

Data da coleta

/ /

Coletor

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

11 Item 25 v. 11

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório

Número do Exame

Nome do Laboratório*

Recebido em:

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

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

Plácitos 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

Outros, especificar:

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

Sim Não

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

Outros; especificar:

Lesões citopáticas compatíveis com vírus do grupo Herpes

Células supracelulares plasmáticas (sugestivas de Gardnerella/Mobiluncus)

Outros bacilos

Outros; especificar:

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escamosas: Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)

Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)

Glandulares: Possivelmente não neoplásicas

Não se pode afastar lesão de alto grau

De origem indefinida: Possivelmente não neoplásicas

Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)

Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)

Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão

Carcinoma epidermóide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

Adenocarcinoma "in situ"

Adenocarcinoma invasor: Cervical

Endometrial

Sem outras especificações

OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS:

PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais:

Responsável pelo resultado

Data da liberação

CNPJ (CPF)

UF
S P

Código da Unidade de Saúde (CNES)
2 7 8 4 4 6 7

Unidade de Saúde

U B S J O S É A U G U S T O P E Ç A N H A B R A N D ã O

Código Município

3 5 3 8 6 0 0

Município

P I R A C A I A

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS

Sexo

Masculino 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/Raça

Branca Preta Parda Amarela Indígena/Etnia

Endereço Residenciais

Nacionalidade

Cógradoro

Número

Complemento

Bairro

UF

S P

Código Município

3 5 3 8 6 0 0

Município

P I R A C A I A

CEP

1 2 9 7 0 - 0 0 0

DDD

Telefone

Ponto de Referência

Escolaridade

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

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?

Sim, mama direita
 Sim, mama esquerda
 Não

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

Sim
 Nunca foram examinadas anteriormente

2. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?

Sim
 Não
 Não sabe

4- Fez mamografia alguma vez?

Sim. Quando fez a última mamografia?
 Não
 Não sabe

Risco elevado são:

Mulheres com histórico familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau

Com diagnóstico de:

- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*

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

(Item 26 verso)

INDICAÇÃO CLÍNICA

5 - Mamografia diagnóstica

mama direita mama esquerda ambos

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

5c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita

nódulo

microcalcificação

assimetria focal

assimetria difusa

área densa

distorção focal

Mama esquerda

5d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

6 - Mamografia de rastreamento

Data de solicitação

Examinador

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

INDICAÇÃO CLÍNICA

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 neoadjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, 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

7077



GRÁFICO PARA ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO SISVAN / Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

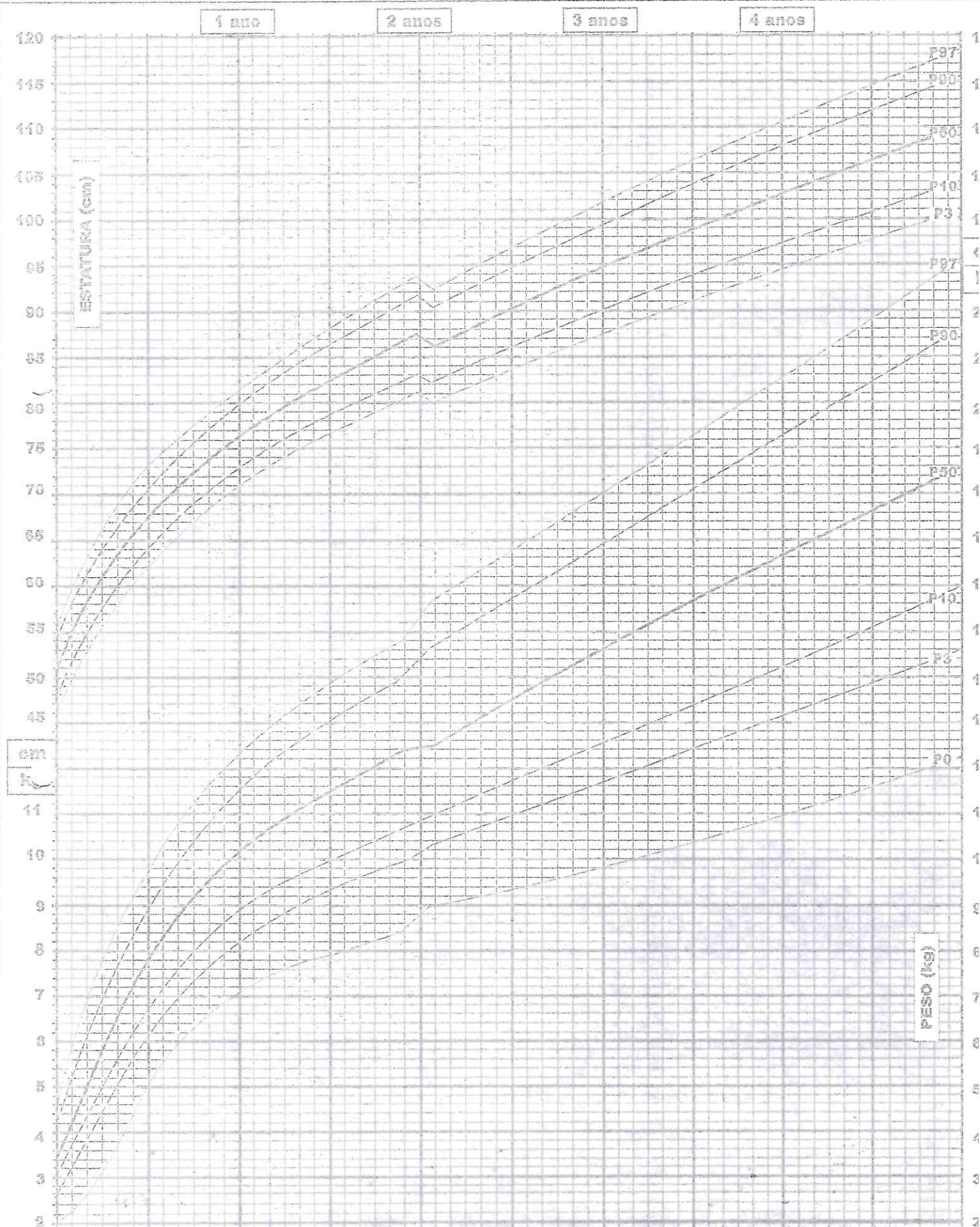
NOME:

(Idem 27)

DATA DE NASCIMENTO

Peso ao Nascer:

SEXO MASCULINO



(Idm 27 June)

PERÍMETRO CEFÁLICO

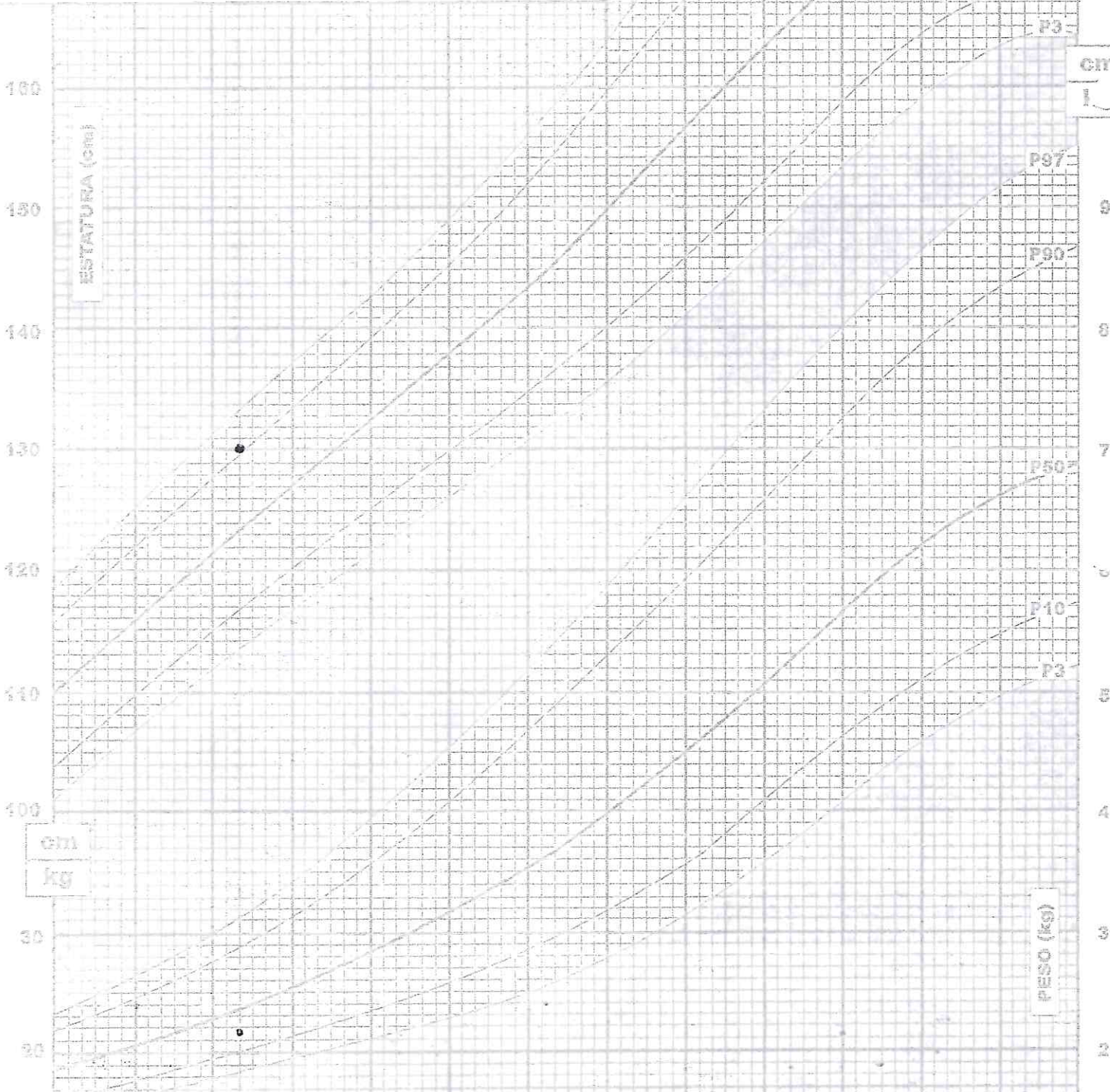
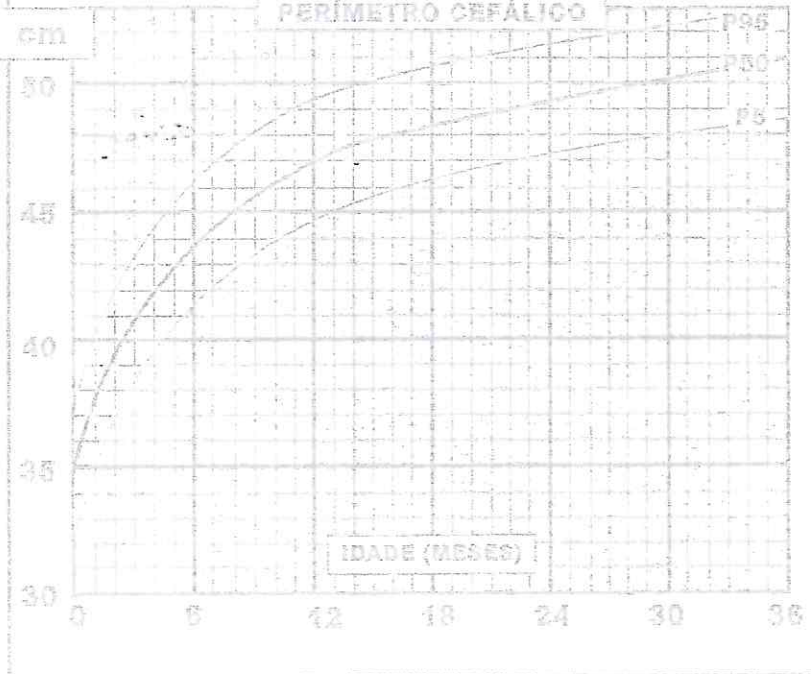




GRÁFICO PARA ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO SISVAN / Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

NOME:

"Ilem 28"

DATA DE NASCIMENTO

/ /

Peso ao Nascer:

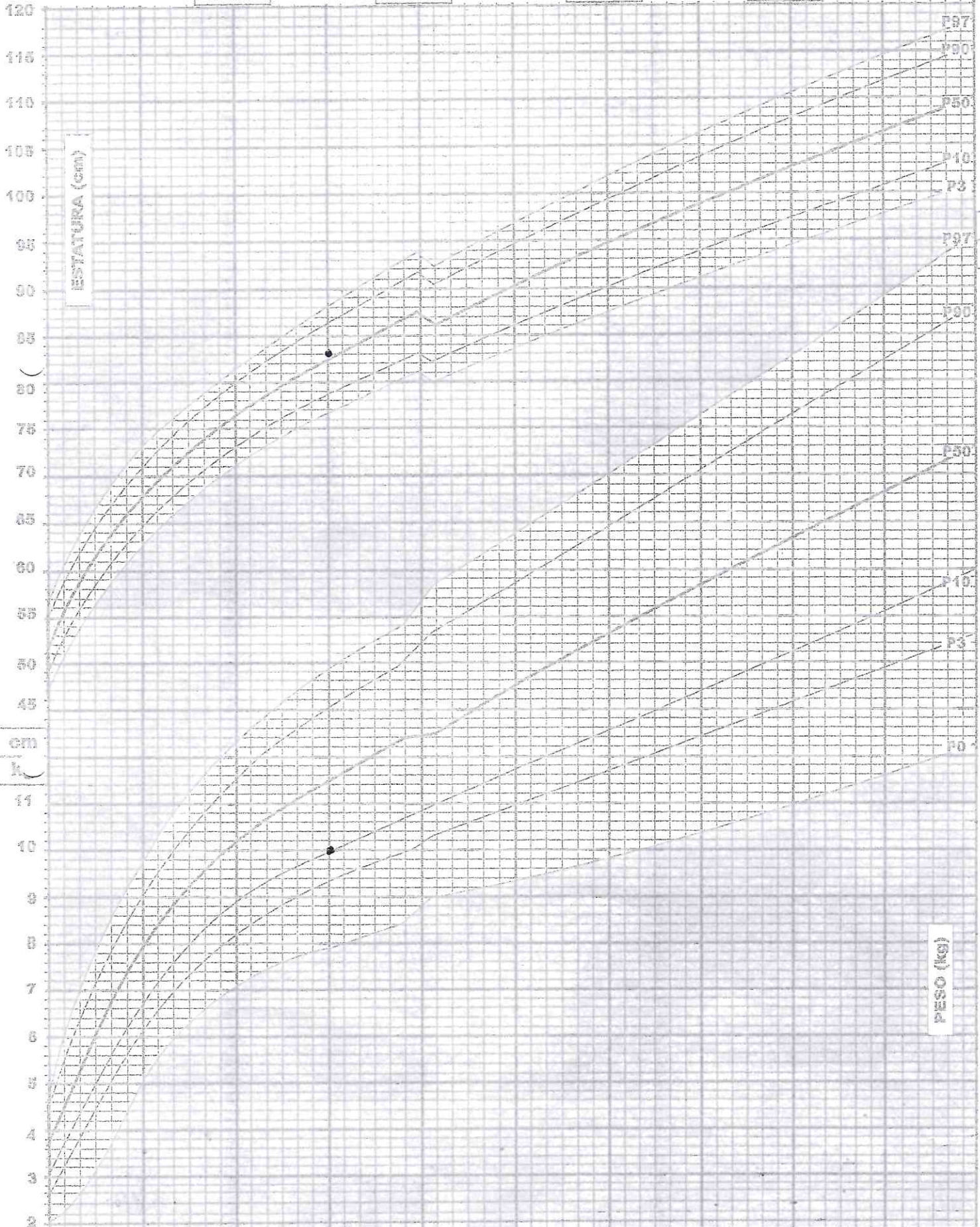
SEXO FEMININO

1 ano

2 anos

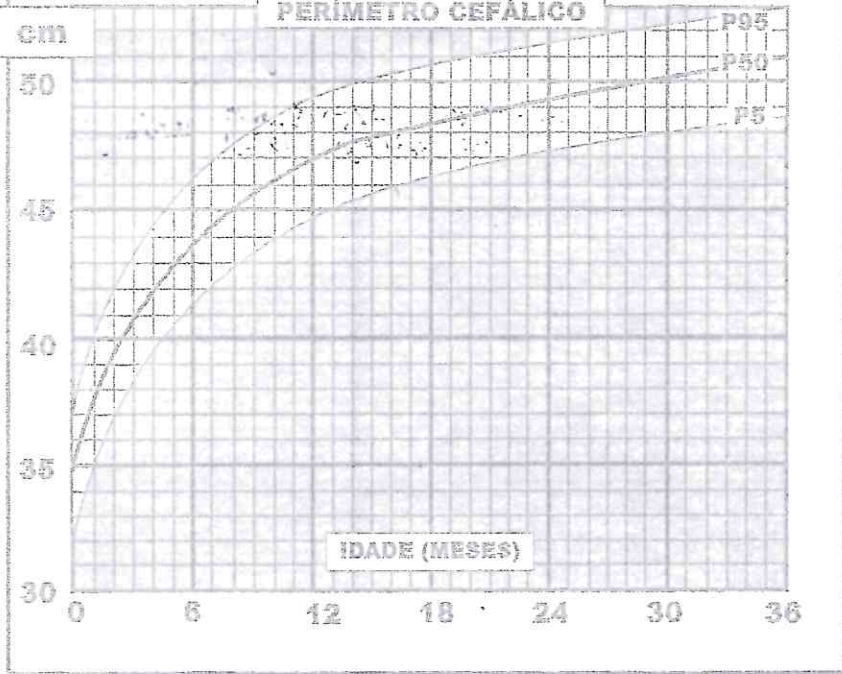
3 anos

4 anos



(Item 20 verso)

PERÍMETRO CEFÁLICO



160

ESTATURA (cm)

150

140

130

120

110

100

cm

kg

80

20

cm

1

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

20

20

PESO (kg)

P97

P90

P50

P10

P3

“(Item 29 Anexo)”

INSTRUÇÕES AO RECORRENTE

PREENCHIMENTO DO REQUERIMENTO:

- Para preenchimento do requerimento utilize os dados do veículo constantes do Certificado de Propriedade ou Notificação / Multa, bem como nome e qualificação completa;
- Havendo necessidade de maior espaço para defesa, use papel em separado;
- Anexe provas sempre que possível;
- O requerimento não deverá conter rasuras, sendo preenchido pelo próprio interessado, podendo usar impresso próprio, sendo um requerimento para cada AIIP. (multa).

ENTREGA DO RECURSO:

- O prazo para interposição do recurso é de trinta dias, a partir do conhecimento pelo interessado do AIIP. (Auto de Infração para Imposição de Penalidade).
- O recurso deverá ser entregue no Posto de Atendimento do JARI, à Rod. Dr. Jan Antonin Bata (PÓRTICO), nesta cidade, junto ao Departamento Municipal de Trânsito.

RESULTADO DO RECURSO:

- O resultado do julgamento será afixado em local próprio, na sede do DENTRAN local e publicado mensalmente na imprensa local.
- Da decisão, do JARI, caberá recurso para o CETRAN - Conselho Estadual de Trânsito.

INFORMAÇÕES AO PÚBLICO:

- Para quaisquer informações sobre o preenchimento do requerimento, prazo, documentos necessários e resultado do julgamento, o interessado deverá dirigir-se à sede do DEMTRAN local, na Rodovia Dr. Jan Antonin Bata, Km. 90 das 09:00 às 12:00 hs. e das 13:00 às 17:00 hs.
- A distribuição do formulário é gratuita, bem como as informações respectivas, evitando-se intermediários.

V 1 km 30''

DEMTRAN - PIRACAIA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRÂNSITO
ADVERTÊNCIA - N.º _____

Placa: _____ Município: _____

Veículo: _____ Marca: _____ Côr: _____

Local da Infração: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

INFRAÇÃO

PONTOS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estacionar em desacordo com a sinalização | 3 |
| <input type="checkbox"/> Estacionar o veículo nas esquinas a menos de 5 mts. da borda do alinhamento da via | 4 |
| <input type="checkbox"/> Estacionar o veículo na guia rebaixada destinada à entrada/saída de veículos. | 4 |
| <input type="checkbox"/> Estacionar o veículo impedindo a movimentação de outro veículo. | 4 |
| <input type="checkbox"/> Estacionar o veículo na contra-mão de direção. | 4 |
| <input type="checkbox"/> Estacionar o veículo afastado de guia da calçada (meio-fio) de 0,50 cm a 1 m. | 3 |
| <input type="checkbox"/> Parar no passeio ou sobre a faixa de pedestre. | 3 |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |

Obs.: Incurrendo nas infrações listadas acima, seja a advertida ou qualquer outra, será passível de autuação.

Ciente: ____/____/____ Assinatura: _____

Assinatura do Agente: _____ RG _____