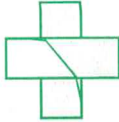


300/ps



SUS - Sistema Único de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde
Rodeiro - MG



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE _____

_____, NÃO PODERÁ

COMPARECER AO SERVIÇO NO PERÍODO DE _____,

DIAS, A PARTIR DESTA DATA POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID: _____

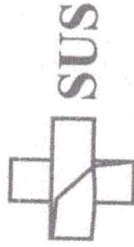
RODEIRO _____ / _____ / _____

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

8000

PREFEITURA MUNICIPAL DE RODEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE



ATENÇÃO:

Só será entregue o medicamento
com a apresentação do
Cartão e da Receita

**CARTÃO DA
SAÚDE MENTAL**

Nome: _____

Cadastro Nº: _____

End.: _____

Fil.: Pai: _____

Mãe: _____

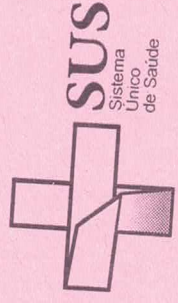
Agente comunitário: _____

401021

3000 1/2

PREFEITURA MUNICIPAL DE
RODEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE



**CARTÃO DO
DIABÉTICO**

Nome: _____
Cadastro Nº _____
End.: _____
Agente comunitário: _____

10/10/14

3000 fls.

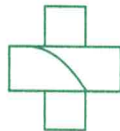
PREFEITURA MUNICIPAL DE
RODEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE

CARTÃO DO HIPERTENSO

Nome: _____
Cadastro Nº _____
End.: _____
Agente comunitário: _____

401013



SUS - Sistema Único de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde
Rodeiro - MG



DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para fins _____
que o(a) paciente _____
_____ esteve nesta Unidade Básica de Saúde
para atendimento _____, no período de _____ às _____,
da presente data.

Rodeiro, _____ / _____ / _____ .

Carimbo e Assinatura do Médico

401015



CENTRO DE SAÚDE FARMACÊUTICO

ALFREDO PEREIRA DA SILVA

Rua Carlos Gravina Martins, 25 - Rosário - Rodeiro - MG

Tel.: (32) 3577-1311 ou (32) 98420-3721



Nome: _____

CNS/CPF: _____ DN: ____/____/____ Idade: _____

Endereço: _____

P.A: _____ PESO: _____ HGT: _____ Temperatura: _____

Data do atendimento: ____/____/20____ Hora: _____

Assinatura do Paciente ou do responsável legal

Sintomas gripais:

Sim: Não

Alergia a medicamentos:

Sim: _____

Não

Faz uso de alguma medicação:

Sim: _____

Não

Queixas:

Dor febre hipertensão vômito inconsciente diarreia hipoglicemia hiperglicemia

trauma

outros especificar: _____

Evolução médica:

Assinatura do medico (a):

401017

FOLHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

300 fls.

Nome: _____

Data Nasc.: _____ E. Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Filiação. Pai: _____

Mãe: _____

401025



10.000

SUS - Sistema Único de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde
Rodeiro - MG



101021



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Masc. 1Fem. 3

9 - SEXO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

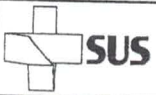
() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

200 fls.



Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls.1/2

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 ____/____/____ 7 - SEXO _____ 8 - RAÇA/COR _____

9 - NOME DA MÃE _____ Masc. Fem.

10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ DDD _____

11 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ DDD _____

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____ 16 - UF _____ 17 - CEP _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 20 - QTDE. _____

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

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. _____
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	35 - QTDE. _____

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO _____ 37-CID10 PRINCIPAL-38-CID10 SECUNDÁRIO-39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

40 - OBSERVAÇÕES _____

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 42- DATA DA SOLICITAÇÃO ____/____/____ 45- ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) _____

43 - DOCUMENTO _____ 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 47 - Cód. ORGÃO EMISSOR _____ 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____

48 - DOCUMENTO _____ 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO ____/____/____ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____ a _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ 55 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Secretaria Municipal de Saúde de Rodeiro
 CNPJ. 18.128.256/0001-44
 Rua Carlos Gravina Martins, 25
 CEP 36510-009 - Rodeiro - MG

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF **18** Número **598280**
 MG

Especialidade Farmaceutica

Nome

Quantidade e Apresentação

B

Forma Farm/Conceptr,p/unid,posiolog

Data / /

Paciente: _____

Assinatura _____

Identificação do Comprador

Nome _____

Endereço _____

Ident Nº _____

Órgão Emissor _____

Telefone _____

Identificação do Fornecedor

Nome _____

Data / /

MODELO GRÁFICA EDITORA LTDA-ME. - Avenida José Leonardo, 288 - B. Leonardo - Cataguases - MG - Tel.: (32) 3421-5058 - CNPJ 07.137694/0001-52
 50 bis 100x1 Numeração de 18594801 a 18599800 - Autorização Visa nº 439/2020 em 27/10/2020 - Impresso em 10/2020.

401019

PREFEITURA MUNICIPAL DE RODEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	_____
CRM	UF: Nº
End.:	_____
Cidade:	UF:

1ª Via - FARMÁCIA
2ª Via - PACIENTE

Paciente: _____
Endereço: _____
Prescrição: _____

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	_____
Data:	____/____/____

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

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

UF Código da Unidade de Saúde
 Unidade de Saúde
 Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS
 Nome Completo da Mulher
 Nome Completo da Mãe
 Apellido da Mulher
 Identidade Órgão Emissor UF CNPJ (CPF)
 Data de Nascimento / / Idade
 Dados Residenciais Logradouro
 Número Complemento
 Código do Município Município Bairro UF
 CEP - DDD Telefone -
 Ponto de Referência
 ESCOLARIDADE: Analfabeta 1º Grau Incompleto 1º Grau Completo 2º Grau Completo 3º Grau Completo

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

DADOS DA ANAMNESE

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Fez o exame preventivo (Papanicolau) alguma vez?
 <input type="checkbox"/> Sim. Quando fez o último exame?
 ano <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
 <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>2. Usa DIU? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe</p> <p>3. Está grávida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe</p> <p>4. Usa pílula anticoncepcional?
 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe</p> <p>5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?
 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe</p> | <p>6. Já fez tratamento por radioterapia?
 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>7. Data da última menstruação / regra:
 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Não sabe / Não lembra</p> <p>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</p> <p>9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa? (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
 <input type="checkbox"/> Sim
 <input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra / Não está namenopausa</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

EXAME CLÍNICO

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>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</p> | <p>11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
 <input type="checkbox"/> Sim
 <input type="checkbox"/> Não</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Data da coleta / / Coletor

MINISTÉRIO DA SAÚDE**REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA**

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Utero e da Mama

UF

Unidade de Saúde

Código Município

Município

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS

Nome Completo do(a) Paciente

Sexo Masculino Feminino

Nome Completo da Mãe

Apelido do(a) Paciente

Identidade

Data de Nascimento / /

Órgão Emissor

UF

CNPJ (CPF)

Idade

Cor/Raça Branca Preta Parda Amarela Indígena

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Código Município

Município

Bairro

UF

CEP -

DDD

Telefone -

Ponto de Referência

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

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

- 1 - Tem nóculo 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

* Riscos elevados são:

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

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

Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;

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

Solicitações da Ambulância - Rodeiro

DATA ____/____/____ Telefone de contato: _____

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

DESTINO: _____

() ALTA () CONSULTA () EMERGÊNCIA () EXAMES () INTERNAÇÃO () PSF _____

OBSERVAÇÃO: _____

MOTORISTA: _____

Horário: _____ AUTORIZAÇÃO: _____

401012

150 fls.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RODEIRO

CNPJ: 18.128.256/0001-44

Tel.: 3577-1173 / 3577-1241 – Fax: 3577-1309

Praça São Sebastião, 215 – Centro – CEP 36510-000 – Rodeiro - MG

CENTRO DE FISIOTERAPIA MUNICIPAL MARIA DA CONCEIÇÃO MARTINS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA

1 - DADOS DO PACIENTE

Nome: _____ Data. Nasc.: ____/____/____

Cartão do SUS | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Diagnóstico clínico: _____ CID: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico

2 - ÓRGÃO AUTORIZADOR:

Data da Autorização: ____/____/____

Validade das sessões até: ____/____/____

Quantidade (patologias): 1 () 2 ()

CÓD.: 302050027 () CÓD.: 302040021 ()

CÓD.: 302050019 () CÓD.: 302050022 ()

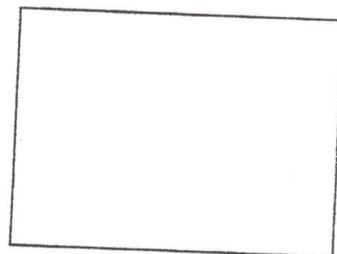
Assinatura e carimbo do autorizador

3 - Dados Fisioterapeuta

Fisioterapeuta responsável: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do fisioterapeuta



401022

SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO



1 - Município de Origem - Rodeiro

2 - DRS - Ubá

3 - 004455

PACIENTE	4 - Nome		5 - Identidade	6 - CPF
	7 - Residência		Fone	CEP
	8 - Profissão:		9 - Data de Nascimento	
ACOMPANHANTE	10 - Filiação/Pai:		Mãe:	
	11 - Nome		12 - Identidade	
	13 - Residência		Fone	CEP

15 - Histórico da Doença Atual

16 - Exame Físico

17 - Diagnóstico

CID

18 - Exame(s) complementar(es) realizado(s) - Anexar Cópias

19 - Tratamento(s) realizado(s)

20 - Tratamento/Exame Indicado

21 - Justificar as razões que impossibilitam a realização do tratamento/Exame na localidade

22 - Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente

23 - Justificar em caso de necessidade de acompanhante

24 - Transporte recomendável

Justificar

25 - Outras anotações

LOCAL E DATA

MÉDICO ASSISTENTE

26 - Parecer do médico da Secretaria Municipal de Saúde

() AUTORIZADO () COM ACOMPANHANTE
 () NEGADO () SEM ACOMPANHANTE

TIPO DE TRANSPORTE