



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPOÁ**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

**ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL**

**EXAMES**

	PRÉ-ADMISSIONAL
	PERIÓDICO

PARA FINS DE CUMPRIMENTO DO DISPOSTO NOS ITENS 7.2 E 7.3 DA PORTARIA Nº 3214, DE 08/06/78, DO MINISTÉRIO DO TRABALHO, DE 07/07/78. NORMAS REGULAMENTADORAS RELATIVAS À SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO, ATESTO QUE O(A) SR.(A) \_\_\_\_\_

COM \_\_\_\_\_ ANOS DE IDADE, FOI EXAMINADO(A) CLINICAMENTE NESTE SERVIÇO ENCONTRANDO-SE EM CONDIÇÕES NORMAIS DE SAÚDE PARA O TRABALHO, PARA EXERCER A FUNÇÃO DE: \_\_\_\_\_

INCLUSIVE COM PRORROGAÇÃO PARA COMPENSAÇÃO DE HORÁRIOS DE TRABALHO.

CONSIDERADO:

- APTO PARA A FUNÇÃO PROPOSTA  
 APTO PARA A OCUPAÇÃO COM RESERVA  
 INAPTO PARA A EMPRESA

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

VÁLIDO ATÉ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
MÉDICO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPOÁ**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

**ATESTADO MÉDICO**

ELETIVO     EMERGÊNCIA     PRÉ-ADMISSIONAL  
 PERIÓDICO     \_\_\_\_\_

ATESTAMOS QUE O(A) SR.(A) \_\_\_\_\_

EMPRESA \_\_\_\_\_

FOI ATENDIDO(A) EM \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_, ÀS \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ HORAS.

**RESULTADO**

- NÃO NECESSITA DE AFASTAMENTO, PODENDO PORTANTO VOLTAR ÀS SUAS ATIVIDADES APÓS ESTA CONSULTA.
- DEVERÁ FICAR EM REPOUSO HOJE, SOMENTE APÓS O HORÁRIO DESTA CONSULTA.
- DEVERÁ FICAR EM REPOUSO, PELO PERÍODO DE \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) DIAS, INCLUINDO O DIA DA CONSULTA.

CID: \_\_\_\_\_

ITAPOÁ, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
MÉDICO

OBS.: NÃO PODERÁ SER CONCEDIDO ATESTADO RETROATIVO, NEM SUPERIOR A 15 DIAS (QUINZE DIAS) DE REPOUSO.  
O FUNCIONÁRIO DEVERÁ ENTREGAR ESTE ATESTADO NA EMPRESA EM 24 HORAS.

**VACINE SEU FILHO!**



**CADASTRO DE PACIENTE INSULINO-DEPENDENTE**

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

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

PAI OU RESPOSÁVEL: \_\_\_\_\_

MÃE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ REG: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ R. G. \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

POSOLOGIA DIÁRIA: \_\_\_\_\_ TOTAL DE FRASCOS MÊS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CARIMBO E ASSINATURA DO  
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPOÁ**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**CARTÃO DE CADASTRO**

POSTO DE SAÚDE:

NOME:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

FONE:

AS PESSOAS CADASTRADAS COM ESTE NÚMERO, DEVERÃO  
TRAZER ESTE CARTÃO TODA VEZ QUE PROCURAREM  
ATENDIMENTO NO POSTO DE SAÚDE.

**A SAÚDE É PARA TODOS**



**Prefeitura Municipal de Itapoá / SC**

COMUNICAÇÃO INTERNA Nº \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

De: \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_

Assunto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Visto

Recebido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responder até

Visto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Prefeitura Municipal de Itapoá / SC**

COMUNICAÇÃO INTERNA Nº \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

De: \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_

Assunto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Visto

Recebido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responder até

Visto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



DATA		ANOTAÇÕES DE ATENDIMENTO											
UNIDADE SANITÁRIA		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE											
IDENTIFICAÇÃO		NOME											
DATA		N.º DO REGISTRO NA U.S.											
FILIAÇÃO		MÃE											
ENDEREÇO		PUNTO DE REFERÊNCIA											
DADOS DO NASCIMENTO		SEXO											
DATA		MÊSES DE GESTAÇÃO											
PARTO		<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO											
ESTATURA		PESO											
PERÍMETROS		CÍRCULO TORÁCICO											
REGISTRADO EM CARTÃO DE ATENDIMENTO		CARTÃO											
ENCAMINHAMENTOS		DATA											
ESPECIFICAÇÃO		DATA											
PRÉ CONSULTA		CONTROLES											
ESPECIFICAÇÃO		1.º 2.º 3.º 4.º 5.º 6.º 7.º 8.º 9.º											
Pulso		Pressão Arterial											
Temperatura		Pulsos Cardíacos											
Pulsos Cardíacos		Pulsos Torácicos											
Pulsos Torácicos		Vacinação em dia											





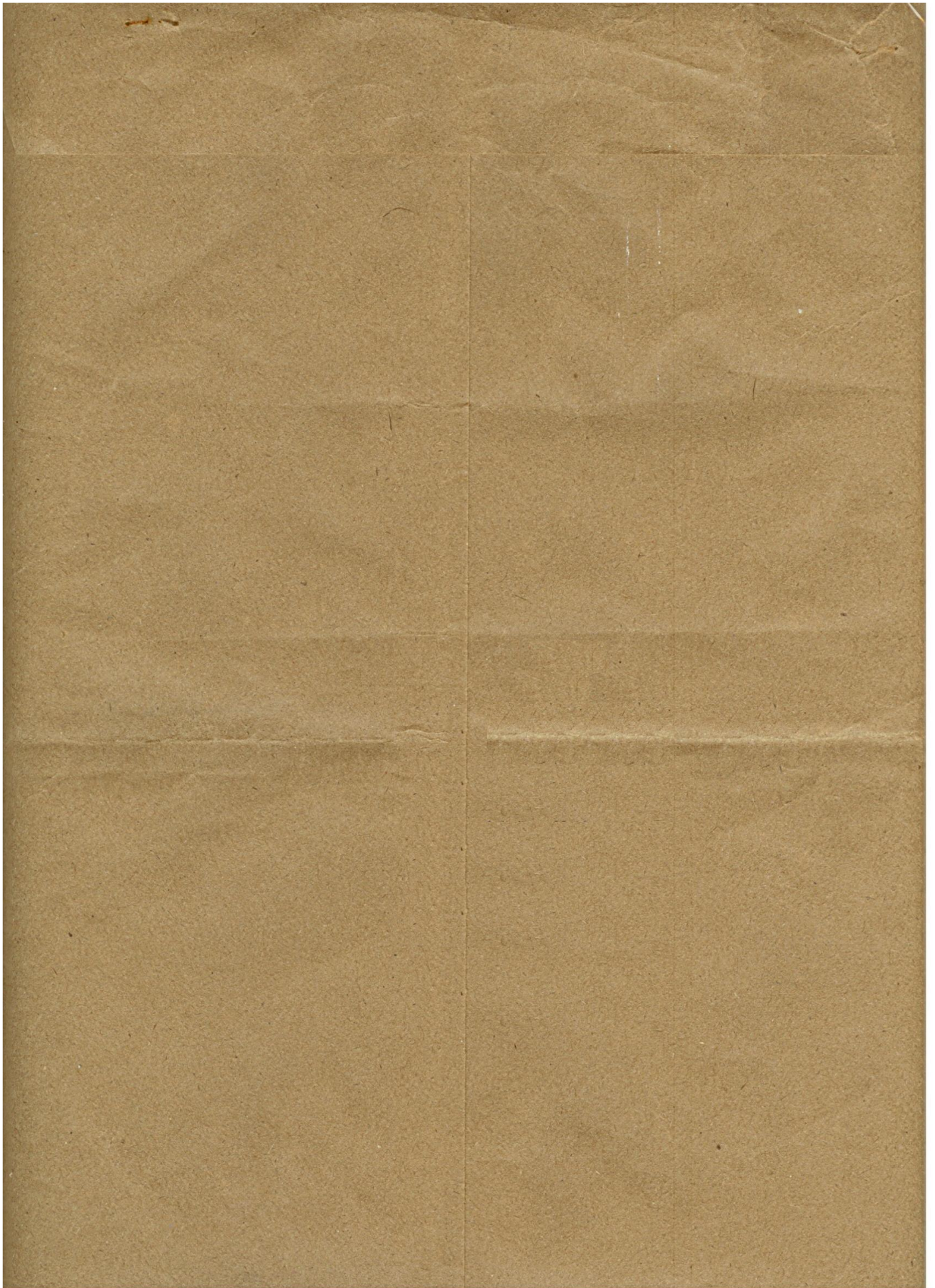
Prefeitura Municipal de Itapoá  
Secretaria Municipal de Saúde – PA 24 horas

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e a quem interessar possa que o senhor(a) ,  
\_\_\_\_\_ portador do documento de  
RG/CPF \_\_\_\_\_ , esteve nesta unidade de saúde (PA 24 horas) na  
data de \_\_\_\_\_ , pois necessitou de atendimento médico.

Sem mais, firmamos a presente declaração.

\_\_\_\_\_  
Enfermeiro ou Médico(a)





FICHA DE ATENDIMENTO USB N°...../20.....  
UNIDADE 14

DATA: ...../...../.....

J9 ..... J10 .....  
J9 ..... J10 .....  
J11 ..... J12 .....



TÉCNICO DE ENFERMAGEM RESPONSÁVEL: .....

End.	MUNICÍPIO		BAIRRO							
	RUA PACIENTE		Nº		COMP					
	REFERÊNCIAS									
Ident	PACIENTE			IDADE	SEXO	FONE				
	CONTATO			Fam( ) Ami( ) Test( ) Med( ) Socor( ) Pol( )	FONE					
MOTIVO DA ATIVAÇÃO										
HISTÓRIA										
PRINCIPAIS QUEIXAS Dificuldade respiratória ( ) Dor ( ) Local _____ Febre ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Tonturas ( ) Alergia ( ) Outras ( )										
INÍCIO DOS SINTOMAS Menos de 1 hora ( ) 1 a 3 horas ( ) 4 a 24 horas ( ) Mais de 24 horas ( ) Não sabe ( )										
EXAME INICIAL			ESTADO INICIAL		CRÍTICO	GRAVE				
					MODERADO	LEVE				
					INSTÁVEL	ESTÁVEL				
A	Vis Aúsc	Livre ( ) Obstrução Parcial ( ) Obstrução Total ( ) Corpo estranho ( ) Broncoaspiração ( ) Edema de Glote ( )								
B	Respi	Normal ( ) Insuficiência Resp Aguda ( ) Parada Ventilatória ( ) Ventil Espontânea ( ) Assistida ( ) Controlada ( ) Ritmo Irregular ( ) Ausculta Normal ( ) Sibilos ( ) Roncos ( ) Crepitanes ( ) Diminuição MV ( ) à D ( ) E ( ) Ausência MV ( ) à D ( ) E ( ) Expansibilidade Normal ( ) Superficial ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Enfisema sub-cutâneo ( ) Hemoptise ( )								
C	Circul	Pulso Regular ( ) Irregular ( ) Ausente ( ) Cheio ( ) Fino ( ) Parada Cárdio Respiratória ( ) Pele Normal ( ) Palidez ( ) Cianose ( ) Quente ( ) Fria ( ) Seca ( ) Úmida ( ) Dor Torácica Típica ( ) Atípica ( ) Pressão Arterial Hipotensão ( ) Hipertensão ( ) Choque Hipovolêmico ( ) Séptico ( ) Cardiog ( ) Anafil ( ) Edema Ausente ( ) Palpebral ( ) M. Inferiores ( ) Anasarca ( )								
D	Nuro	Normal ( ) Sonolência ( ) Obnubilção ( ) Agitação ( ) Coma ( ) Abertura ocular      Resposta verbal      Resposta motora Espontânea ( ) 4 Orientada ( ) 5 Obedece comandos ( ) 6 A voz ( ) 3 Conlusa ( ) 4 Localiza dor ( ) 5 A dor ( ) 2 Palavras inapropriadas ( ) 3 Movimento de retirada Nenhuma ( ) 1 Palavras incompreensivas ( ) 2 Flexão anormal ( ) 3 Nenhuma ( ) 1 Extensão anormal ( ) 2 Nenhuma ( ) 1								
Pupilas Miose ( ) Midríase ( ) Reagent ( ) Não Reag ( ) Déficit Sensitivo ( ) à D ( ) E ( ) Motor ( ) à D ( ) E ( ) Convulsão ( ) Sd Meningea ( ) Normal ( ) Coronária ( ) Alt Ritmo ( ) Alt Condução ( )										
ECG										
Abdom										
Ginec										
Normal ( ) Dor ( ) Defesa ( ) Contratura ( ) Abortamento Ameaça( ) Esporádico( ) Provocado( ) Parto A Termo ( ) Parto Pré-Termo ( ) Parto Pós-Termo ( ) Metrorragia ( )										
TRAUM	Escoriação	Crã	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
QUEI	Secq	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perin	Msd	Mse	Mid	Mie
	I									
	II									
	III									
Hipótese(s) Diagnóstica(s)										CID 10
										CID 10
Recusa no atendimento										Eu, ....., RG....., sabedor que sou da necessidade de atendimento de urgência, recuso o atendimento pelo SAMU em ...../...../..... às .....h. ASS. ....
Observações Importantes para encaminhamento										
DESTINO			HORÁRIO		ESTADO ATUAL		CRÍTICO	GRAVE	MODERADO	LEVE
MÉDICO RECEPTOR							INSTÁVEL	ESTÁVEL		
ASSINATURA MÉDICO RECEPTOR:..... CREMESC:.....										

ASSINATURA TÉCNICO DE ENFERMAGEM USB: ..... COREN-SC:.....

FICHA DE CONTROLE INTERNO: *CURATIVOS*

*SBLC*  
*50Fa*

<i>Nome</i>	<i>Data</i>	<i>Tipo / Local</i>	<i>Profissional</i>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			
36.			
37.			
38.			
39.			
40.			

FICHA DE CONTROLE INTERNO: *Medicação Injetável*

Nome	Data	Medicação	Profissional
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			
36.			
37.			
38.			
39.			
40.			

FICHA DE CONTROLE INTERNO: *NEBULIZAÇÃO*

Nome	Data	Medicação	Profissional
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			
36.			
37.			
38.			
39.			
40.			



FICHA DE PROCEDIMENTOS DE OBS.: COM SORO OU MEDICAÇÃO

Nome / Paciente	Data	Tipo de Medicação	Profissional
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			
36.			
37.			
38.			
39.			
40.			



**TRIAGEM**

**FICHA DE PROCEDIMENTOS DE PESO PA E TEMPERATURA**

Nome / Paciente

Data

Peso

PA

Temperatura

Profissional

	Nome / Paciente	Data	Peso	PA	Temperatura	Profissional
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						
32.						
33.						
34.						
35.						
36.						
37.						
38.						
39.						
40.						



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPOÁ**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

**GUIA Nº** \_\_\_\_\_

**/ 05**

Sr. \_\_\_\_\_

Autorizamos fornecer para \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por conta desta divisão \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Itapoá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**VALOR DESTA GUIA**

**R\$** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Encarregado do Serviço



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1-Número do CNES\*           2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3- Nome completo do Paciente\*  5-Peso do paciente\*    kg

4- Nome da Mãe do Paciente\*  6-Altura do paciente\*    cm

	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9- CID-10\*      10- Diagnóstico

11- Anamnese\*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*

SIM. Relatar:

NÃO

13- **Atestado de capacidade\***

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO  SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante\*  15- Data da solicitação\*  /  /  17- Assinatura e carimbo do médico\*

16- Número do documento do médico solicitante\*

CPF ou  CNS

18- **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\***:  Paciente  Mãe do paciente  Responsável (descrito no item 13)  Médico solicitante

Outro, informar nome:  e CPF

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável\*

Branca  Amarela

Preta  Indígena. Informar Etnia:

Parda  Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente

CPF ou  CNS

22- Correio eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Mapa para registro de *ELETRCARDIOGRAMA*

	DATA	HORA	PACIENTE	IDADE	PROFISSIONAL
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					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					

# NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF | NÚMERO  
SC | 24

-23

**B**

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Secretaria Municipal de Saúde de Itapoá

Rua Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, 430 - Centro - Itapoá - SC

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura do Emitente \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

Identidade N° \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_

## CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor \_\_\_\_\_

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



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPOÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



**PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO/ PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS**

NOME: _____			
Data de nascimento: _____	Idade: _____	RG/CPF: _____	UF _____
Endereço: _____		Telefone: _____	
Cidade: _____	Data: _____	Horário: _____	
Nome do responsável: _____			

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

AGRAVO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TRATAMENTO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Relatório de enfermagem	Queixa:
PA: _____ Temp: _____	_____
Saturação: _____ FC: _____	
Peso: _____ Altura: _____	



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPOÁ**  
SECRETARIA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: _____	
CRM: _____	UF: _____ Nº _____
Endereço Completo e Telefone: _____	
Cidade: _____	UF: _____

1ª. VIA (BRANCA) FARMÁCIA  
2ª. VIA PACIENTE

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Identidade: _____ Órgão Emissor: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico _____	
Data _____	



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPOÁ**  
SECRETARIA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: _____	
CRM: _____	UF: _____ Nº _____
Endereço Completo e Telefone: _____	
Cidade: _____	UF: _____

1ª. VIA (BRANCA) FARMÁCIA  
2ª. VIA PACIENTE

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Identidade: _____ Órgão Emissor: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico _____	
Data _____	



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPOÁ**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

# **RECEITUÁRIO**

**VACINE SEU FILHO!**





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPOÁ  
SECRETARIA DA SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAMES

HOSPITAL

SÉRIE - C

PAM

PRONTUÁRIO Nº

IDADE

SEXO

M

F

COR

B

P

A

PESO

ALTURA

CLÍNICA

ENF

LEITO

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPOÁ  
SECRETARIA DA SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAMES

HOSPITAL

SÉRIE - C

PAM

PRONTUÁRIO Nº

IDADE

SEXO

M

F

COR

B

P

A

PESO

ALTURA

CLÍNICA

ENF

LEITO

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO