ANEXO I – Modelo dos serviços gráficos

Item 01 - Formulário posto graduação

Posto/Grad: _____ **SU:** _____

Nome: _____

( ) Apto para o Serviço no Exército.
( ) Apresentou-se para revista médica.
( ) Convém baixar à enfermaria da OM.
( ) Convém convalescer por ordem do comando.
Onde? (_____)
( ) Convém receber alta da enfermaria.
( ) Convém convalescer em residência.
( ) Inapto para a ( ) chamada do ( ) TAF.
( ) Convém fazer a barba a cada ( ) dias.
( ) Convém ser dispensado de TFM:
Abdominal ( ) Barra ( ) Corrida ( ) Flexão ( )
( ) Convém ser dispensado de esforços físicos.
Qual: (_____)
( ) Convém ser dispensado de formaturas.
( ) Convém ser dispensado do serviço.
( ) Convém ser dispensado de marcha a pé.
( ) Convém ser dispensado de peça do fardamento.
(_____)
( ) Convém ser dispensado de uso de coturno no pé:
E ( ) ou D ( ) Ambos ( )
( ) Convém ser encaminhado para o MPOM. ____/____/_____
( ) Convém ser encaminhado para o MPGU. ____/____/_____

Por ( ) dias

A contar de: ____/____/_____
Término: ____/____/_____
Apresentação no posto médico: ____/____/_____
Motivo:

Médico Responsável pelo acompanhamento:

_____

16 cm

10 cm

Item 02 – Formulário médico da guarnição

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMDO MIL LESTE - 1ª DE – AD/1
14º GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA
(10º RAM/1918)-GRUPO FERNÃO DIAS

POSTO MÉDICO DA GUARNIÇÃO DE POUSO ALEGRE – MG

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

CPF/PREC-CP/RA	POSTO/GRAD/NR	IDADE	GRUPO

POUSO ALEGRE MG ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO

CDM NR	DATA LANÇAMENTO	DATA LISURA	DATA AUDITORIA
	___/___/___	___/___/___	___/___/___

21 cm

15 cm

Item 03 - Formulário receituário controle especial

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMDO MIL LESTE - 1ª DE - AD/1
14ª GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA
(10º Regimento de Artilharia Montada/1918)
GRUPO FERNÃO DIAS

_____
CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição:

DATA ___/___/___

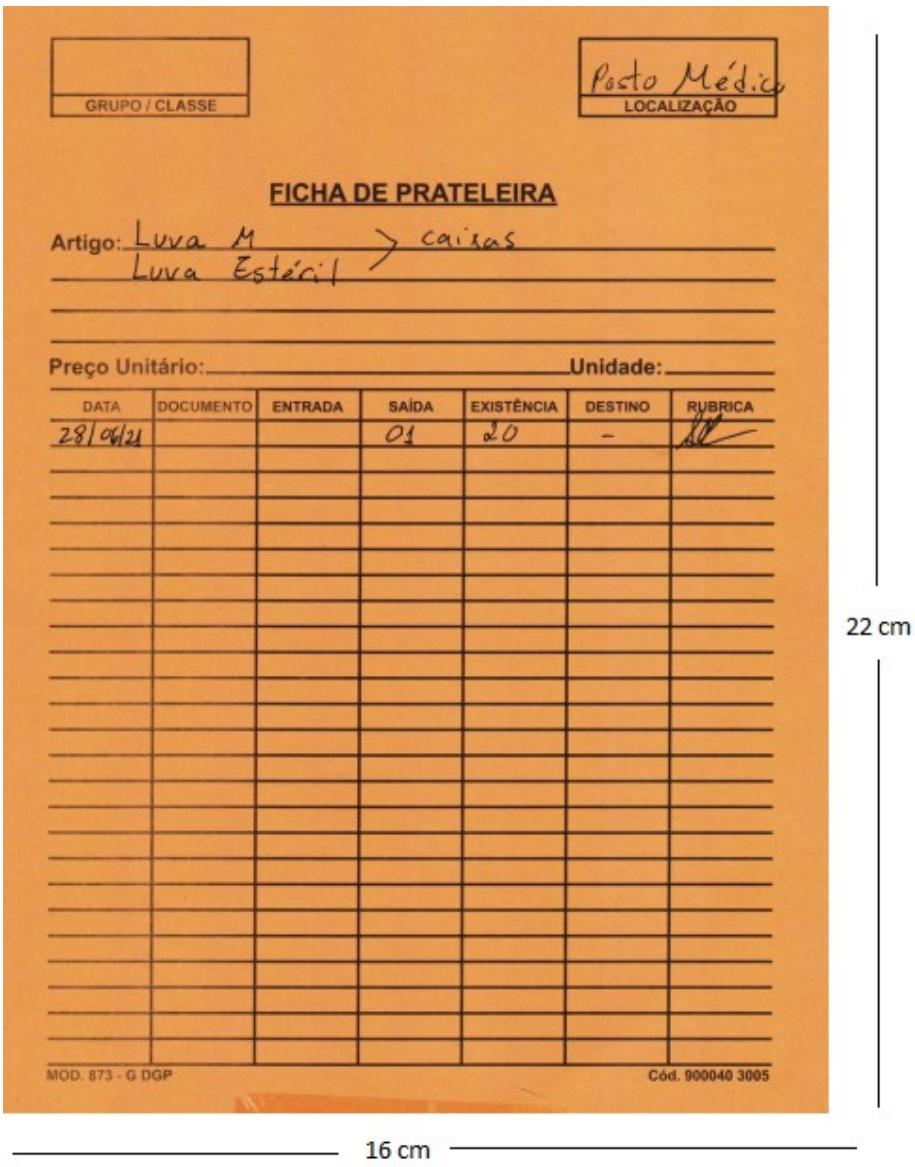
_____
Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome Completo: _____	
Ident.: _____ **Órg.** _____	
Emissor: _____	
Endereço: _____	_____ ___/___/___
	Assinatura do Farmacêutico DATA
Cidade: _____ **UF:** ___	
Telefone: _____	

21 cm

15 cm

Item 04 - Ficha para prateleira



GRUPO / CLASSE

Posto Médico

LOCALIZAÇÃO

FICHA DE PRATELEIRA

Artigo: Luva M > caixas
Luva Estéril

Preço Unitário: Unidade:

DATA	DOCUMENTO	ENTRADA	SAÍDA	EXISTÊNCIA	DESTINO	RUBRICA
28/06/21			01	20	-	

MOD. 873 - G DGP

Cód. 900040 3005

22 cm

16 cm

Item 05 - Formulário laudo médico de auto custo

MINISTÉRIO DA DEFESA

EXÉRCITO BRASILEIRO
14º GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA
(10º Regimento de Artilharia Montada/ 1918)
GRUPO FERNÃO DIAS

POSTO MÉDICO DA GUARNIÇÃO DE POUSO ALEGRE

LAUDO MÉDICO DE ALTO CUSTO

Nome: _____ Posto/Grad: _____ DN: ___/___/___

CPF: _____ IDT: _____ PREC/CP: _____ Situação: _____

Endereço: _____ Cidade: _____

Contato: Tel. Fixo; ( ) _____-_____ Tel. Celular ( ) _____-_____ Outros ( ) _____-_____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO:

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA CLÍNICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL: | CID: _____

_____

MÉDICO SOLICITANTE

POUSO ALEGRE, MG ____ DE _____ DE _____

JUNTA DE AUTORIZAÇÃO

( ) AUTORIZADO ( ) NÃO AUTORIZADO ( ) INCONCLUSIVO

_____

MÉDICO AUDITOR/PERITO OM

POUSO ALEGRE, MG ____ DE _____ DE _____

29 cm

21 cm

Item 06 - Formulário de evolução médica (frente)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE:	MÉDICO RESPONSÁVEL:			
	IDENTIFICAÇÃO:	INTERNAÇÃO: ___/___/____	LEITO:	CPF:

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO

21 cm

29 cm

Item 06 - Formulário de evolução médica (verso)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

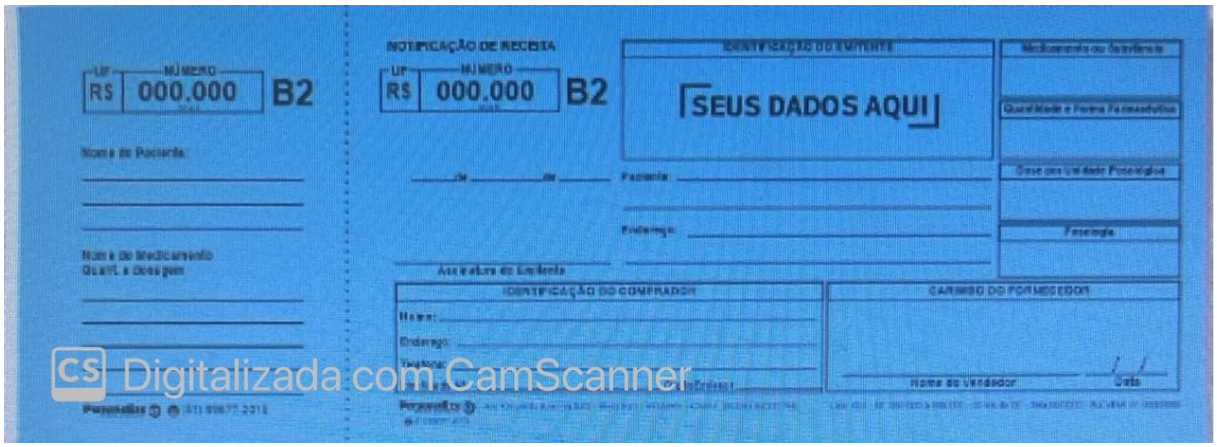
NOME DO PACIENTE:	IDENTIFICAÇÃO:	INTERNAÇÃO:	LEITO:
		__/__/__	

DATA	HORA	SSVV				
		T	P	SAT	PA	

21 cm

29 cm

Item 07 - **Talão Receituário de Controle Especial azul B2**



Item 08 - **Pasta Com Janela Personalizado para Exames**

Item 09 - **Formulário pedido de encaminhamento**

Posto/Grad: _____ **SU:** _____

Nome: _____

( ) Apto para o Serviço no Exército.
( ) Apresentou-se para revista médica.
( ) Convém baixar à enfermaria da OM.
( ) Convém convalescer por ordem do comando.
Onde? (_____)
( ) Convém receber alta da enfermaria.
( ) Convém convalescer em residência.
( ) Inapto para a ( ) chamada do ( ) TAF.
( ) Convém fazer a barba a cada ( ) dias.
( ) Convém ser dispensado de TFM:
Abdominal ( ) Barra ( ) Corrida ( ) Flexão ( )
( ) Convém ser dispensado de esforços físicos.
Qual: (_____)
( ) Convém ser dispensado de formaturas.
( ) Convém ser dispensado do serviço.
( ) Convém ser dispensado de marcha a pé.
( ) Convém ser dispensado de peça do fardamento.
(_____)
( ) Convém ser dispensado de uso de coturno no pé:
E ( ) ou D ( ) Ambos ( )
( ) Convém ser encaminhado para o MPOM. ____/____/_____
( ) Convém ser encaminhado para o MPGU. ____/____/_____

Por ( ) dias

A contar de: ____/____/_____
Término: ____/____/_____
Apresentação no posto médico: ____/____/_____
Motivo:

Médico Responsável pelo acompanhamento:

_____

16 cm

10 cm

ANEXO I – Modelo dos serviços gráficos

Item 01 - Formulário posto graduação

Item 02 – Formulário médico da guarnição

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMDO MIL LESTE - 1ª DE – AD/1
14º GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA
(10º RAM/1918)-GRUPO FERNÃO DIAS

POSTO MÉDICO DA GUARNIÇÃO DE POUSO ALEGRE – MG

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:_____

CPF/PREC-CP/RA	POSTO/GRAD/NR	IDADE	GRUPO

POUSO ALEGRE MG ____/____/____

_____
ASSINATURA E CARIMBO

CDM NR			
_____	____/____/____ DATA LANÇAMENTO	____/____/____ DATA LISURA	____/____/____ DATA AUDITORIA

21 cm

15 cm

Item 03 - Formulário receituário controle especial

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMDO MIL LESTE - 1ª DE - AD/1
14º GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA
(10º Regimento de Artilharia Montada/1918)
GRUPO FERNÃO DIAS

_____
CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição:

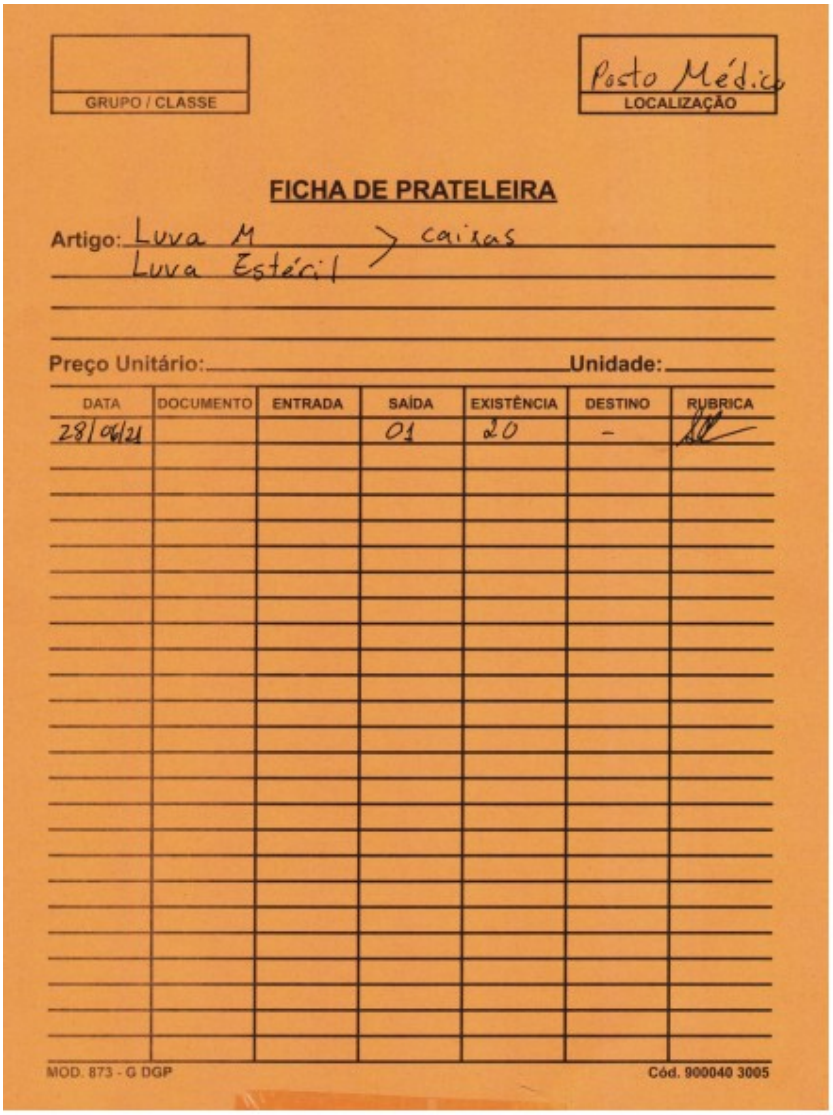
DATA ___/___/___

_____
Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome Completo: _____	
Ident.: _____ **Órg.** _____	
Emissor: _____	
Endereço: _____	_____ ___/___/___
	Assinatura do Farmacêutico DATA
Cidade: _____ **UF:** ___	
Telefone: _____	

21 cm

15 cm



GRUPO / CLASSE

Posto Médico
LOCALIZAÇÃO

FICHA DE PRATELEIRA

Artigo: Luva M > caixas
Luva Estéril

Preço Unitário: Unidade:

DATA	DOCUMENTO	ENTRADA	SAÍDA	EXISTÊNCIA	DESTINO	RUBRICA
28/06/21			01	20	-	

MOD. 873 - G DGP Cód. 900040 3005

22 cm

16 cm

Item 04 - Ficha para prateleira

Item 05 - Formulário laudo médico de auto custo

MINISTÉRIO DA DEFESA

EXÉRCITO BRASILEIRO
14º GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA
(10º Regimento de Artilharia Montada/ 1918)
GRUPO FERNÃO DIAS

POSTO MÉDICO DA GUARNIÇÃO DE POUSO ALEGRE

LAUDO MÉDICO DE ALTO CUSTO

Nome: _____ Posto/Grad: _____ DN: ___/___/___

CPF: _____ IDT: _____ PREC/CP: _____ Situação: _____

Endereço: _____ Cidade: _____

Contato: Tel. Fixo; ( ) _____-_____ Tel. Celular ( ) _____-_____ Outros ( ) _____-_____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO:

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA CLÍNICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL: | CID: _____

_____

MÉDICO SOLICITANTE

POUSO ALEGRE, MG ____ DE _____ DE _____

JUNTA DE AUTORIZAÇÃO

( ) AUTORIZADO ( ) NÃO AUTORIZADO ( ) INCONCLUSIVO

_____

MÉDICO AUDITOR/PERITO OM

POUSO ALEGRE, MG ____ DE _____ DE _____

29 cm

21 cm

Item 06 - Formulário de evolução médica (frente)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE:	MÉDICO RESPONSÁVEL:			
	IDENTIFICAÇÃO:	INTERNAÇÃO: __/__/____	LEITO:	CPF:

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO

21 cm

29 cm

Item 06 - Formulário de evolução médica (verso)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

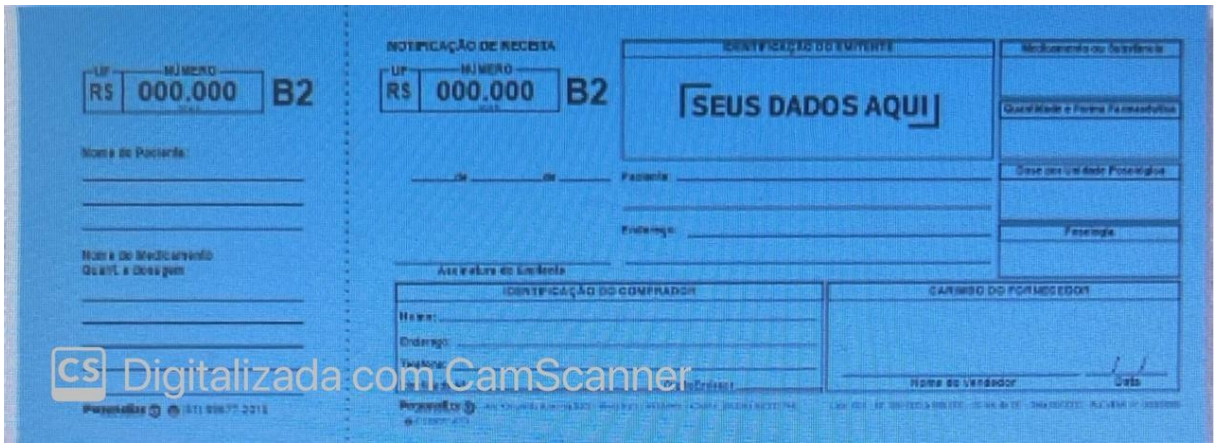
NOME DO PACIENTE:	IDENTIFICAÇÃO:	INTERNAÇÃO:	LEITO:
		__/__/____	

DATA	HORA	SSVV				
		T	P	SAT	PA	

21 cm

29 cm

Item 07 - **Talão Receituário de Controle Especial azul B2**



Item 08 - **Pasta Com Janela Personalizado para Exames**

Item 09 - **Formulário pedido de encaminhamento**

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
1ª DE - AD/1
14º GRUPO DE ARTILHARIA DE CAMPANHA
(10ª RAM/1918) - GRUPO FERNÃO DIAS

POSTO MÉDICO DA GUARNIÇÃO DE POUSO ALEGRE - MG

PEDIDO DE ENCAMINHAMENTO

Solicito que o(a) paciente _____

_____,

*CARTÃO NR:*_____,

*idade:*_____ *anos, seja encaminhado(a) para realização de*_____

_____

_____

com corpo clínico credenciado com o SAMMED/FuSEx.

Pouso Alegre-MG ____/____/_____

Assinatura e carimbo

Digitalizada com CamScanner