

**CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial Renascer**

---

Item	Descrição do material	Quantidade
01 Atestado de Comparecimento	Bloco 100x1; Medidas: 15 cm x 21 cm.	30
02 Notificação de Receita Tipo B (cor azul)	Bloco com canhoto Formato 20 x 10 cm, 100x1 Impresso em Papel Plus 75 gr/m <sup>2</sup> ; Numeração sequencial; Serrilha; Grampo e capa	50
03 Ficha de Retorno	Bloco 100x1; Medidas: 10 cm x 7,5 cm	75

## ATESTADO DE COMPARECIMENTO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR.(A) \_\_\_\_\_

COMPARECEU AO: \_\_\_\_\_

DO: \_\_\_\_\_

PARA: ☐ EXAMES LABORATORIAIS OU RADIOLÓGICOS

☐ TRATAMENTO AMBULATORIAL

☐ ACOMPANHAMENTO DE FAMILIARES

A) \_\_\_\_\_  
NOME DO FAMILIAR E GRAU DE PARENTESCO

B) \_\_\_\_\_  
NOME DO FAMILIAR E GRAU DE PARENTESCO

C) \_\_\_\_\_  
NOME DO FAMILIAR E GRAU DE PARENTESCO

TURNO: \_\_\_\_\_

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

TURNO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura do Profissional Responsável

**NOTA**

1 - A emissão do Atestado Médico é reservado aos casos que estiverem sob os cuidados deste profissional

2 - Aos demais será fornecido o Atestado de Comparecimento, que poderá ser assinado pelo profissional Chefe do Setor onde o paciente recebeu o atendimento.

Fiche de retorne

10 cm

**CAPS** | Centro de  
Atenção Psicossocial  
**RENASCER**

RETORNO

Dia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Às: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dúvidas  
(62) 3412-1537



7,5 cm



# CAPS

Centro de  
Atenção Psíquica  
RENASCER

## RETORNO

Dia:     /     /     Às:

Dúvidas

(62) 3412-1537



**Itaberaí**  
PREFEITURA

Secretaria Municipal de Saúde



## PSICOTRÓPICOS

UF	R.S.
GO	S.V.S.

de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Data

Assinatura do Emitente

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_

Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

**CARIMBO DO FORNECEDOR**

Nome do Vendedor \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Fone: 337.5.1042 - Internet Grátis - 07 Bm 100m de Suíte AP 06/519921 a 06/530020 - Mail 00072420205 - 12/06/2002

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Sistema Único De Saúde - Ministério Da Saúde  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAPS I REINTEGRAR  
RUA L. COELHO L. 363 - JARDIM ALFA - CEP: 74060-000 - Cuiabá/GOIÁS - 190

[illegible]

**Cadernos e Caminhos Rio das Pedras Ltda.** - O melhor sempre um pouco mais longe.



ESTADO DE GOIÁS  
MUNICÍPIO DE ITABERAÍ  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE FMS



05

05

Id Licitacao	Numero Licitacao	C.C. Nome	Descricao	Quantidade HMI	Valor Unitario
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	ATESTADO DE COMPARCIMENTO BLOCO 100X1, MEDIDAS: 15 CM X 21 CM, PAPEL SULFITE 75 GR. ACABAMENTO BLOCAGEM.	300,00	3,15
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	ATESTADO MEDICO (ACOMPANHANTE) BLOCO 100X1, MEDIDAS: 15CMX21CM PAPEL SULFITE 75GR. ACABAMENTO BLOCAGEM.	350,00	4,70
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	AUTORIZAÇÃO PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (APAC) TAM. A4, BLC 100X1, PAPEL SULFITE 75GR	200,00	6,29
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	AUTORIZAÇÃO SAÍDA DE VEÍCULO. TAM A4, BLC 100X1, PAPEL SULFITE 75GR	80,00	6,29
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	BLOCO DE ATESTADO MEDICO	500,00	3,39
Id Licitacao	Numero Licitacao	C.C. Nome	Descricao	Qtd HMI	Valor Unitario
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	BLOCO ESCALA DE FUGULIN.	100,00	6,49
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	BLOCO FICHA DE ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA) E RETORNO (CONTRA-REFERÊNCIA) 1 FICHA ENCAMINHAMENTO E PEDIDO DE PARECER/ 2 FICHA RETORNO E PARECER.	50,00	6,00
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	BOLETIM DO CENTRO CIRURGICO - CIRURGIA - ANESTESIA. (MODELO I).	50,00	11,98
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	CHECKLIST - MONITORAMENTO TRANSFUSIONAL.	100,00	6,49
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA	80,00	6,99
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	IDENTIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIOS TAMANHO A4, BLOCO 100X1 PAPEL SULFITE 75 GR.	200,00	6,84
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	INFORME DE RESULTADO TESTE RÁPIDO SARS-COV-2 ANTIGENO. MEDIDAS: 15CM X 20 CM, BLOCO 100X1 PAPEL SULFITE 75 GR TAMANHO A4.	150,00	3,79
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	INFORME DE RESULTADO TESTE RÁPIDO INFLUENZA MEDIDAS: 15CM X 20CM. BLOCO 100X1, PAPEL SULFITE 75GR TAMANHO A4	150,00	4,14
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	LAUDO P/ SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR, BLC 100X1, PAPEL SULFITE 63GR	100,00	9,49
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	LISTAGEM DE REGULAÇÃO (C.R.E.), BLC 100X1, PAPEL SULFITE 63GR	80,00	9,47
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	MAPA MUDANÇAS DE DECUBITO BLOCO 100X1 PAPEL SULFITE 75 GR TAMANHO A4	10,00	19,98
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	PRESCRIÇÃO MÉDICA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM BLC 100X1, PAPEL SULFITE 75GR	500,00	6,99
Id Licitacao	Numero Licitacao	C.C. Nome	Descricao	Quantidade HMI	Valor Unitario
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL, BLC 100X1, PAPEL SULFITE 63GR	400,00	3,39
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	RECEITUÁRIO SIMPLES BLS 100X1	1.100,00	3,49
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	RELATÓRIO MAMOGRAFIA TAMANHO A4 BLOCO 100X1 PAPEL SULFITE 75 GR	50,00	7,99
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	RELATÓRIO RAO-X TAMANHO A4, BLOCO 100X1, PAPEL SULFITE 75 GR.	50,00	9,37
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) FRENTE E VERSO, BLOCO 100X1 PAPEL SULFITE 75 GR, TAMANHO A4.	80,00	19,98
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	TERMO DE RECUSA DE VAGA BLOCO 100X1 PAPEL SULFITE 75 GR TAMANHO A4	150,00	28,97
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO DE ACOMPANHANTE DE PACIENTE INTERNO	60,00	6,48
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	BLOCO SERVIÇO SOCIAL HOSPITALAR	30,00	7,89
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	LISTAGEM DE CONTROLE DE PACIENTE	60,00	11,00
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	ATENDIMENTO PSICÓLOGO HOSPITALAR ALA DE INTERNAÇÃO	40,00	9,80

ESTADO DE GOIÁS  
MUNICÍPIO DE ITABERAÍ  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE FMS



05  
05

4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONA VIRUS	50,00	7,89
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	FICHA SINAN	60,00	11,00
4888	5	HOSPITAL MUNICIPAL	FICHA CIRURGICA	50,00	9,80
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	ADMISSÃO SRPA	60,00	8,50
4889	5	HOSPITAL MUNICIPAL	FICHA DE REGULAÇÃO	50,00	8,00



# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr. (a): \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**Secretaria Municipal de Saúde de Itaberaí**

RUA 5, QD. A, JARDIM CABRAL, ITABERAÍ-GO CEP: 76630-000 FONE: 0800 375 3978

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:

Nome: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR:

Ass. Farmacêutico: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

1ª Via: Farmácia - 2ª Via: Paciente



Hospital Municipal  
de Itaberaí  
DR. GILBERTO DA SILVA CALDAS

Secretaria  
Municipal de Saúde



SUS  
Sistema  
Único  
de Saúde

**INFORME DE RESULTADO TESTE RÁPIDO  
INFLUENZA**

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

Dt. de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_

Início dos sintomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

Método: Teste Rápido Imunocromatográfico Material: SWAB NASAL

Lote: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_

Resultado: Positivo ☐ VARIANTE: \_\_\_\_\_ Negativo ☐

Resultado de Referência: Negativo.

- 1) O MED Teste é um ensaio imunocromatográfico, aprimorado com ouro coloidal, para detecção qualitativa do antígeno da influenza A e influenza B.
- 2) O resultado do teste isoladamente não confirma nem exclui completamente o diagnóstico de INFLUENZA
- 3) Se o resultado do teste for negativo e os sintomas clínicos persistirem, sugerimos testes adicionais de acompanhamento usando outros métodos clínicos.
- 4) Uma amostra reagente para INFLUENZA promove uma coloração de banda distinta na região do teste, formada pelo complexo específico do conjugado anticorpo marcado.  
A ausência da banda colorida na região do teste sugere um resultado não reagente.  
Uma banda colorida sempre aparecerá na região do controle, servindo como controle do procedimento

Assinatura e carimbo do Técnico Executor: \_\_\_\_\_

Local e data: Itaberaí, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Secretaria do Estado da Saúde SES



**Hospital Municipal  
de Itaberaí**

DR. GILBERTO DA SILVA CALDAS

**HOSPITAL MUNICIPAL DE ITABERAÍ  
Dr. GILBERTO DA SILVA CALDAS**

<b>ENFERMARIA:</b>		<b>LEITO:</b>
<b>NOME DO PACIENTE:</b>		
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>		
<b>NOME DA MÃE:</b>		
<b>DATA DE ADMISSÃO:</b>		
<b>RISCOS:</b> <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Reação Transfusional <input type="checkbox"/> Lesão Por Pressão (LPP) <input type="checkbox"/> Flebite <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Trombose Venosa Profunda <input type="checkbox"/> Outros _____	<b>ALERGIA MEDICAMENTOSA:</b> <b>NÃO ( )</b> <b>SIM ( )</b> _____ _____ _____	

---

Hospital Municipal de Itaberaí - Dr. Gilberto da Silva Caldas  
Av. José Albino Lagares, Quadra 41 - Vila Leonor - Itaberaí/GO  
Fone: 0800 375 3978 Opção 3 / CEP: 76.630-000  
E-mail: hm@itaberaí.go.gov.br





**Hospital Municipal  
de Itaberaí**  
DR. GILBERTO DA SILVA CALDAS



**Secretaria Municipal  
de Saúde**

**NOME:**

## **Atestado Médico (Acompanhante)**

A pedido do(a) interessado(a) \_\_\_\_\_

e na qualidade de médico assistente, atesto para os devidos fins, que o(a) mesmo(a)  
esteve acompanhando o paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Prontuário eletrônico N.º \_\_\_\_\_ nesta unidade de saúde no  
dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Resolução C.F.M. N.º 1.658/2002**

**Art. 3º Letra B**

**Estabelecer o diagnóstico quando expressamente autorizado pelo paciente.**

**Art. 5º Parágrafo Único**

**No caso de solicitação de colocação do diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio  
paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá expressa no atestado**

Autorizo a colocação do CID: ( \_\_\_\_\_ )

( ☐ ) SIM

( ☐ ) NÃO

Itaberaí-GO, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Responsável



## ATESTADO DE COMPARECIMENTO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR.(A) \_\_\_\_\_

COMPARECEU AO: \_\_\_\_\_

DO: \_\_\_\_\_

PARA: ☐ EXAMES LABORATORIAIS OU RADIOLÓGICOS

☐ TRATAMENTO AMBULATORIAL

☐ ACOMPANHAMENTO DE FAMILIARES

A) \_\_\_\_\_  
NOME DO FAMILIAR E GRAU DE PARENTESCO

B) \_\_\_\_\_  
NOME DO FAMILIAR E GRAU DE PARENTESCO

C) \_\_\_\_\_  
NOME DO FAMILIAR E GRAU DE PARENTESCO

TURNO: \_\_\_\_\_

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

TURNO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura do Profissional Responsável

**NOTA**

1 - A emissão do Atestado Médico é reservado aos casos que estiverem sob os cuidados deste profissional

2 - Aos demais será fornecido o Atestado de Comparecimento, que poderá ser assinado pelo profissional Chefe do Setor onde o paciente recebeu o atendimento.



## ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR.(A) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CPF/CARTÃO SUS \_\_\_\_\_

FOI ATENDIDO(A) UNIDADE DE SAÚDE \_\_\_\_\_

NO DIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, ÀS:\_\_\_\_\_, NECESSITANDO DE (\_\_\_\_\_)

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA, CONFORME LEI ABAIXO.

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

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

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

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO/ODONTOLOGO  
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO CRM/CRO)

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 27 de CLPS, aprovado pelo decreto nº 89.312 de 23/01/84, a  
resolução CFM - 1190/84 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho. Art. 7º XVIII  
da C.F/88  
Para gestante - Parágrafo 1º art. 392 da CLT e art. 3º do Decreto nº 75.207/75.

102 778-4 sus007



**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

Masc.

Fem.

RAÇA/COR

ETNIA

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE CELULAR  
Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

C6D. IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

C6DIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE.

**PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)**

C6DIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

C6DIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

C6DIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

C6DIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

C6DIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

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

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID10 PRINCIPAL

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

**SOLICITAÇÃO**

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

**AUTORIZAÇÃO**

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

C6D. ORGÃO EMISSOR

Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

a

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)**

NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES



**CONTROLADORIA GERAL DO MUNICÍPIO DE ITABERAÍ-GO**

**AUTORIZAÇÃO DE SAÍDA DE VEÍCULO**

**ANEXO VII**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do responsável),  
pasta da Secretaria Municipal de Saúde, lotado no Hospital Municipal de Itaberaí,  
\_\_\_\_\_, (cargo), autorizo o Veículo abaixo discriminado a sair dos limites do  
município conforme descrito abaixo:

**1ª ROTA**

<b>MOTORISTA:</b>		<b>DESTINO:</b>	
<b>DATA SAÍDA:</b> /       /		<b>HORA DE SAÍDA:</b>	
<b>VEÍCULO:</b>	<b>PLACA:</b>	<b>KM SAÍDA:</b>	
<b>NOME DO(S) PACIENTE(S):</b>		<b>CPF: (Obrigatório)</b>	
1.		. . -	
2.		. . -	
3.		. . -	
<b>NOME DO ACOMPANHANTE</b>		<b>CPF: (Obrigatório)</b>	
1.		. . -	
2.		. . -	
3.		. . -	

**2ª ROTA:**

<b>LOCAL DE SAÍDA::</b>		<b>DESTINO:</b>	
<b>KM DE SAÍDA:</b>		<b>KM DE CHEGADA:</b>	
<b>HORA DE SAÍDA:</b>		<b>HORA DE CHEGADA:</b>	
<b>NOME DO(S) PACIENTE(S):</b>		<b>CPF: (Obrigatório)</b>	
1.		. . -	
2.		. . -	
<b>NOME DO ACOMPANHANTE</b>		<b>CPF: (Obrigatório)</b>	
1.		. . -	
2.		. . -	

**3ª ROTA:**

<b>LOCAL DE SAÍDA::</b>		<b>DESTINO:</b>	
<b>KM DE SAÍDA:</b>		<b>KM DE CHEGADA:</b>	
<b>HORA DE SAÍDA:</b>		<b>HORA DE CHEGADA:</b>	
<b>NOME DO(S) PACIENTE(S):</b>		<b>CPF: (Obrigatório)</b>	
1.		. . -	
2.		. . -	
<b>NOME DO ACOMPANHANTE</b>		<b>CPF: (Obrigatório)</b>	
1.		. . -	
2.		. . -	

<b>DATA CHEGADA:</b> /       /	<b>HORA DE CHEGADA:</b>
<b>Nº DE PACIENTES NA VOLTA:</b>	<b>KM FINAL:</b>
<b>OBSERVAÇÕES:</b>	

(Preenchido pelo motorista)

Para que surta os efeitos desejados, data e assino o presente.

**CHEFIA DE ENFERMAGEM**

**MOTORISTA**

**BOLETIM DO CENTRO CIRÚRGICO**

**CIRURGIA - ANESTESIA**

<b>HOSPITAL:</b>					
<b>NOME DO PACIENTE:</b>					
<b>DIAGNÓSTICO:</b>					
<b>OPERAÇÃO:</b>					<b>DATA:</b>
<b>MATERIAIS E MEDICAMENTOS</b>	<b>U.</b>	<b>QT.</b>	<b>MATERIAIS E MEDICAMENTOS</b>	<b>U.</b>	<b>QT.</b>
ÁGUA DESTILADA			LEVOBUPIVACAÍNA		
ATROPINA 0,25MG/ML			LIDOCAÍNA C/ EPINEFRINA		
BROMOPRIDA			LIDOCAÍNA SEM VASO		
BUPIVACAÍNA C/ GLICOSE 5MG/ML			METARAMINOL 10MG/ML		
CEFALOTINA 1G			METILERGOTRINA		
CEFTRIAXONA 1G			MIDAZOLAN 5MG/ML		
CETOPROFENO			NALOXONA 0,4MG/ML		
CLONIDINA 150 MCG/ML			NEOSTIGMINA 0,5MG/ML		
DEXAMETASONA 4MG/ML			NORADRENALINA		
DEXMEDETOMIDINA 100MCG/ML			OMEPRAZOL 40 MG/FR		
DIAZEPAM 5MG/ML			ONDASETRONA 4MG/AMP		
DIMORF 0,1MG/ML			PROPOFOL 100MG/FR		
DIPIRONA 1G/ML			REMIFENTANILA		
EPINEFRINA			ROPIVACAÍNA		
ETILEFRINA 10MG/ML			SUXAMETÔNIO		
ETOMIDATO			TENOXICAN 20MG/FR		
FERNEGAN			TRAMAL 100MG/AMP		
FENTANILA 50MCG/ML			TRANSAMIN		
FUROSEMIDA 20MG/ML			VITAMINA K		
GLICOSE 25%			HIDROCORTISONA 100MG		
GLICOSE 50%			ONDASETRONA 8MG/AMP		
HIDRALAZINA 20MG/ML			PROPOFOL 200MG/FR		
HIDROCORTISONA 500MG					

<b>OPERAÇÃO</b>		
<b>TIPO</b>	<b>TABELA</b>	<b>ONFS</b>
1-PEQUENA	N°	CÓDIGO
2- MÉDIA		
3-GRANDE		
INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
CIRURGIÃO		
ASS. CARIMBO		
ANESTESISTA		
ASS. CARIMBO		
1. GERAL	N°	MIN
2. LOCAL		
3. OUTRAS		
INÍCIO		TÉRMINO
ENFERMEIRA		
ASS. CARIMBO		
OBSERVAÇÃO		



**LISTAGEM DE REGULAÇÃO DO SAMU**

**MÊS:** \_\_\_\_/20\_\_\_\_

**Nº** \_\_\_\_

**DADOS DO PACIENTE**

Nome

Nome da mãe

Endereço

Bairro

Data de nascimento

Fone de contato

Naturalidade

Sexo

Cidade de origem

Convênio

**DADOS DA SOLICITAÇÃO PARA REGULAÇÃO**

Médico solicitante

CRM

Diagnostico

CID

Enfermeiro

Data

Hora

Atendente

Médico regulador

Frequência cardíaca

Frequência respiratória

Pressão arterial

Temperatura

HGT

Glasgow

Saturação ambiente

Saturação com oxigênio

OBS.:

**LIBERAÇÃO DA REGULAÇÃO - SAMU**

Atendente que passou a vaga

Número da regulação

Data que saiu a vaga

Hora que saiu a vaga

Médico que liberou a vaga

Local da vaga

Tipo de transporte

Motorista

Enfermeiro que acompanhou o paciente

**ESCALA DE FUGULIN**

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

Área de cuidado	04	03	02	01
Estado Mental	Inconsciente	Período de Inconsciência	Período de desorientação no espaço e no tempo	Orientação no tempo e no espaço
Oxigenação	Ventilação	Uso contínuo de oxigênio em máscara ou em cateter nasal	Uso intermitente de oxigênio em máscara ou em cateter nasal	Não depende de oxigênio
Sinais Vitais	Controle com intervalos menores ou igual a 2 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalo de 6 horas	Controle em intervalo de 8 horas ou mais
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambular	Ambulante
Alimentação	Através de cateter central	Através de SNG ou SNE	VO com auxílio	Auto-suficiente
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	Banho no chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral	Auto-suficiente
Eliminação	Evacuação no leito e uso de SVD para controle de diurese	Uso de comadre/compadre ou eliminação no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Auto-suficiente
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção da PA	EV contínuo ou através de sondas	EV intermitente	IM ou VO
Motilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal, mudança de decúbito e movimentação passiva e programada realizada pela enfermagem	Dificuldade para movimentar segmentos corporais. Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem	Limitação de movimentação	Movimenta todos os seguimentos corporais
Integridade cutâneo-mucosa/comprometimento tecidual	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais estruturas de suporte como tendões e evisceração	Presença de solução de continuidade da pele envolvendo tecido, subcutâneo e músculos. Ostomias e drenos	Presença de alteração de cor da pele (equimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas	Pele íntegra
Curativo	Curativo realizado 3 vezes o dia ou mais pela equipe de enfermagem	Curativo realizado 2 vezes ao dia pela equipe de enfermagem	Curativo realizado 1 vez ao dia pela equipe de enfermagem	Sem curativo ou limpeza da ferida/incisão cirúrgica
Tempo utilizado na realização dos curativos	Superior a 30 minutos	Entre 15 e 30 minutos	Entre 5 e 15 minutos	Sem curativos ou limpeza de ferida

Resultado: \_\_\_\_\_ Situação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Legenda1:** AVP: Acesso Venoso periférico; AVC: Acesso Venoso Central; GTT: Gastrostomia; SNE: Sonda Nasoenterica; SNG: Sonda Nasogástrica; MMSS: Membros Superiores; SVD: Sonda Vesical de Demora; TQT: Tubo Orotraqueal; TQT: Traqueostomia.

**Legenda2:** ( ) 12 a 17- CM: Cuidados Mínimos;  
( ) 30 a 34-CSI: Cuidados Semi Intensivo

( ) 17 a 23- CI Cuidados Intermediários;  
( ) Maior que 34- CI Cuidados Intensivos.

( ) 24 a 29- AD Alta Dependência;

**Hospital Municipal de Itaberaí - Dr. Gilberto da Silva Caldas**  
Av. José Albino Lagares, Quadra 41 - Vila Leonor - Itaberaí/GO  
Fone: 0800 375 3978 Opção 3 / CEP: 76.630-000  
E-mail: hm@itaberaí.go.gov.br





Ministério  
da Saúde

Governo  
do Estado  
de Goiás

Secretaria  
de Estado  
de Saúde

## FICHA DE ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA E RETORNO (CONTRA-REFERÊNCIA))

### I - ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA) E PEDIDO DE PARECER

NOME: \_\_\_\_\_ Nº REGISTO: \_\_\_\_\_  
DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
UNIDADE DE ORIGEM: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_  
UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE: \_\_\_\_\_  
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_

RESUMO HISTÓRICO DO PACIENTE E TRATAMENTO \_\_\_\_\_

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

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL  
PELO ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA)

### NA UNIDADE REFERÊNCIA DESTACAR AQUI



Ministério  
da Saúde

Governo  
do Estado  
de Goiás

Secretaria  
de Estado  
de Saúde

### II - RETORNO (CONTRA-REFERÊNCIA) E PARECER

NOME: \_\_\_\_\_  
Nº REGISTRO NA UNIDADE DE ORIGEM: \_\_\_\_\_  
Nº REGISTRO NA UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_  
DATA E HORA EM QUE O PACIENTE SE APRESENTOU NA UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ÀS \_\_\_\_\_ HORAS  
UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_  
RETORNO (CONTRA - REFERÊNCIA) PARA: \_\_\_\_\_  
PARECER: \_\_\_\_\_

TRATAMENTO REALIZADO E RECOMENDAÇÕES: \_\_\_\_\_

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

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL  
PELO ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA)

**Título: Checklist-Monitoramento Transfusional**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Raça: ( ) Amarelo ( ) Branco ( ) Indígena ( ) Não informado ( )  
 Pardo ( ) Negra  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Número da Bolsa: \_\_\_\_\_  
 Tipagem ABO do paciente: \_\_\_\_\_ Fator Rh: \_\_\_\_\_  
 Tipagem da Bolsa: \_\_\_\_\_ Fator Rh: \_\_\_\_\_  
 Hemocomponente: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_

- ( ) Filtro Deleucocitário Sim ( ) Não ( )  
 ( ) Realizado confirmação da identificação do paciente (prontuário/pulseira)?  
 ( ) Realizado tipagem a beira leito? Tipagem realizada: \_\_\_\_\_  
 ( ) Equipo próprio e exclusivo para transfusão?  
 ( ) Conferido hemocomponente prescrito com hemocomponente da bolsa?  
 ( ) Conferido volume prescrito com volume da bolsa?  
 ( ) Checado velocidade da infusão?  
 ( ) Realizado permanência e observação do paciente durante os 10 minutos iniciais da transfusão?  
 ( ) Realizado orientações p/ equipe clínica (médica/enfermagem) acerca do procedimento transfusional?

**Sinais    Horário    P.A    FC    FR    Temp.    Saturação    Assinatura**  
**Vitais**

Início							
10 minutos							
Término							

**Observações:**

- É obrigatório assinatura e carimbo.
- É obrigação do Técnico Transfusional, instalar, realizar procedimentos de sua competência e acompanhar transfusão nos primeiros 10 minutos;
- É obrigação da equipe de enfermagem do setor, acompanhar, notificar reações adversas, realizar procedimentos de sua competência, inclusive a retirada após término.

**Anotações:**

**Legenda:**

PA: Pressão Arterial    FC: Frequência Cardíaca    FR: Frequência Respiratória    Temp: Temperatura



### Checklist de Cirurgia Segura

Nome: \_\_\_\_\_

Data da internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cirurgia: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

#### **ANTES DO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA O CENTRO CIRÚRGICO**

Termo de consentimento para cirurgia: \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não  
Termo de consentimento para anestesia: \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não  
Exames laboratoriais: \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não  
Pulseira de identificação: \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não  
Tricotomia: \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não  
Retirada de adornos, próteses, esmaltes e acessórios:  
\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não  
Jejum mínimo de 8 hrs: \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não  
Tomou banho pré operatório: \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não  
Alergias: \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não Qual? \_\_\_\_\_  
Sítio cirúrgico demarcado: \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não

\_\_\_\_\_  
Assinatura

#### **ANTES DO INÍCIO DA ANESTESIA, DA DISTRIBUIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS E ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA**

Verificado nome do paciente: \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não  
Carrinho de anestesia testado e em funcionamento:  
\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não  
Monitorização de sinais vitais instalada em funcionamento?  
\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não  
Vias aéreas difíceis/Risco de broncoaspiração?  
\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não  
Equipamento para assistência disponível? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não  
Os materiais e insumos necessários estão todos presentes?  
\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não  
Verificado prazo de validade da esterilização dos  
instrumentais cirúrgicos? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não  
Placa de bisturi posicionada? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não  
Realizada antisepsia no campo cirúrgico? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não  
Antibióticos profiláticos administrado nos últimos 60 min?  
\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não  
Equipe sem adornos: Enfermagem \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não  
Médicos \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não Obs: \_\_\_\_\_

#### **ANTES DA SAÍDA DE SALA OPERATÓRIA**

- A Contagem de compressa esta correta?  
\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não
- Coletado material (Anato ou qualquer outro)?  
\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não
- Houve algum problema com materiais, equipamentos ou  
instrumentais? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não
- O paciente apresenta alguma lesão de pele relacionada ao  
posicionamento ou ato cirúrgico? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não
- Todos usaram equipamentos de EPIs corretamente  
durante o procedimento? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não

#### **ANTES DA SAÍDA DO CENTRO CIRÚRGICO**

- Presença de dispositivos invasivos? (Drenos, cateter, ... )  
\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não Qual? \_\_\_\_\_
- Descrição cirúrgica no prontuário assinada? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não
- Etiquetas dos pacotes na papeleta? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não
- Alguma recomendação específica para o pós operatório?  
\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não Qual? \_\_\_\_\_

#### **APÓS A SAÍDA DO CENTRO CIRÚRGICO**

- Prontuário devidamente preenchidas? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não
- Sinais vitais aferidos? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não
- Conferido dispositivos invasivos? (Drenos, cateter, ... )  
\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não
- Posição do paciente conforme solicitado? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não
- Orientações do pós operatório? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo



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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

Masc.

Fem.

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

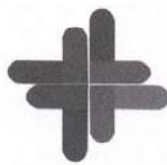
48 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



**Hospital Municipal  
de Itaberaí**

DR. GILBERTO DA SILVA CALDAS

## MUDANÇAS DE DECUBITO

<b>PACIENTE:</b>			
<b>DN:</b>			
<b>DATA:</b>			
<b>HORÁRIO:</b>	<b>POSIÇÃO:</b>	<b>INTERCORRÊNCIAS:</b>	<b>PROFISSIONAL:</b>
<b>BANHO EM LEITO:</b>	<b>HORARIO:</b>		









Hospital Municipal  
de Itaberai

DR. GILBERTO DA SILVA CALDAS

## RELATÓRIO MAMOGRAFIA

DATA DA REALIZAÇÃO DO EXAME: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ORD	CNS	NOME	DT NASC	IDADE	FONE	( ) UBS	( ) HMI	SOLITAÇÃO
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								

RESPONSÁVEL TÉCNICO:

DIA / MÊS / ANO:                    /                    /

[illegible]



## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

### **Hospital Municipal de Itaberaí Drº. Gilberto da Silva Caldas**

O **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)** tem por objetivo deixar claro ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados à internação, aos exames aos quais será submetido e aos procedimentos médico-cirúrgicos que serão adotados, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviço do Hospital Municipal Drº. Gilberto da Silva Caldas.

Este termo é pautado pela legislação vigente sob o prisma ético e jurídico, conforme recomendação do Conselho Federal de Medicina (CFM) 01/2016 e pelo Código de Ética Médica (2018) e pelo artigo 9 da Lei n. 8.078/90. Sendo assim:

Eu \_\_\_\_\_ ou meu responsável legal, dou plena autorização à equipe da Cirurgia Geral, obstétrica e/ou ginecológica do Hospital Municipal de Itaberaí Drº. Gilberto da Silva Caldas, neste termo representado pelo profissional que abaixo subscreve, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do meu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico denominado \_\_\_\_\_, e todos os procedimentos que o incluem, tais como acessos venosos, inclusive de veias centrais (caso necessário), anestésias e/ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declaro ainda que o referido médico, atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica, ao lado apresentação de outras condutas, sugeriu o tratamento cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o mesmo e especialmente quanto ao que se segue:

#### **1 - COMPLICAÇÕES QUE PODEM OCORRER DURANTE A APLICAÇÃO DA ANESTESIA**

- ✓ Alergia aos agentes anestésicos, inclusive com Choque Anafilático
- ✓ Paradas Cardíacas
- ✓ Outras ocorrências fortuitas descritas na literatura

#### **2 - COMPLICAÇÕES QUE PODEM OCORRER E QUE SÃO INERENTES AO TRATAMENTO CIRÚRGICO:**

- ✓ Sangramento no intra e pós-operatório;
- ✓ Infecção pós-operatória no sítio cirúrgico, podendo inclusive disseminar-se pelo corpo (septicemia);
- ✓ Possibilidade de cicatriz com formação de quelóide (cicatriz hipertrófica),
- ✓ E todas as outras complicações descritas na literatura.





## **SERVIÇO SOCIAL HOSPITALAR**

### • **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome completo: \_\_\_\_\_ Leito \_\_\_\_\_

Nome Social: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo( ) Estado civil: Casada(o)( )  
solteira(o)( ) Viúva(o)( ) união estável( ) Divorciado(a)( ) menor ( )

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

(RG/CPF): \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

medicações de uso contínuo: \_\_\_\_\_

Acompanhantes? sim( ) não( ) Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

### • **DADOS SOCIOECONÔMICOS**

Situação de trabalho: Ativo( ) Desempregado( ) Aposentado( ) Informal( )

Renda mensal \_\_\_\_\_ Atividade \_\_\_\_\_

local de trabalho \_\_\_\_\_

Benefícios sociais: BPC( ) Auxílio-doença( ) Bolsa Família( ) Outros( )

### • **CONDIÇÕES DE MORADIA:**

Própria( ) Alugada( ) Cedida( ) Ocupada( )

### • **NECESSIDADES IDENTIFICADAS:**

Apoio para aquisição de medicamentos? sim( ) não( )

Necessidade de receber Benefícios sociais? sim( ) não( )

Necessidade de equipamentos em domicílio? Se sim qual? \_\_\_\_\_

Conta com apoio familiar? sim( ) não( ) se sim qual? \_\_\_\_\_

### • **ENCAMINHAMENTOS E PROVIÊNCIAS TOMADAS:**

Encaminhada(o) ao CRAS( ) CREAS( ) INSS( ) ONG( ) CAPS( ) S.M.A. Social( )  
S.M.SAUDE( ) Resolução pela própria Unidade( )

ficha controle de  
pacientes.



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		
41		
42		
43		
44		
45		



## ATENDIMENTO PSICOLÓGICO HOSPITALAR ALA DE INTERNAÇÃO

### 1 - IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ Data da triagem: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 SEXO: ( ) Feminino ( ) Masculino ALA/LEITO: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_  
 Atend..prestado a: ( ) Paciente ( ) Familiar/Acompanhante Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Motivo do atendimento: ( ) Busca ativa ( ) A pedido da equipe ( ) Parecer ( ) Atendimento de continuidade

### 2 - AVALIAÇÃO

#### Orientação

##### Autopsiquicamente

- ☐ Orientada(o)  
☐ Desorientada(o)  
☐ Confuso(o)  
☐ Não foi possível avaliar

##### Alopsiquicamente

- ☐ Orientada(o)  
☐ Desorientada(o)  
☐ Confuso(o)  
☐ Não foi possível avaliar

#### Humor

- ☐ Eutímico  
☐ Hipotímico  
☐ Irritado  
☐ Ansioso  
☐ Depressivo  
☐ Eufórico  
☐ Apático  
☐ Não foi possível avaliar

#### Atenção

- ☐ Normal  
☐ Distratibilidade  
☐ Desatenção seletiva  
☐ Fixação  
☐ Aproxia (a capacidade de atenção suspensa)  
☐ Fatigabilidade (dificuldade em manter-se atento)  
☐ Não foi possível avaliar

#### Memória

- ☐ Normal  
☐ Amnésia anterógrada  
☐ Amnésia retrógrada  
☐ Amnésia retroanterógrada ou total  
☐ Amnésia transitória  
☐ Amnésia lacunar  
☐ Ilusões mnêmicas  
☐ Não foi possível avaliar

#### Consciência

- ☐ Normal/lucidez  
☐ Vígil  
☐ Sonolência  
☐ Hipervigilância  
☐ Delirium  
☐ Delirium tremens  
☐ Confusão  
☐ Desorientação

- ☐ Sedação  
☐ Estupor  
☐ Coma  
☐ Coma vígil  
☐ Não foi possível avaliar

#### Enfrentamento à hospitalização

- ☐ Bom  
☐ Dificuldade

#### Compreensão do diagnóstico e enfrentamento ao mesmo

- ☐ Boa compreensão e bom enfrentamento  
☐ Boa compreensão e dificuldade no enfrentamento  
☐ Não compreende/parcialmente e bom enfrentamento  
☐ Não compreende/parcialmente e dificuldade no enfrentamento

#### Percepção atual acerca de pensamentos suicidas

- ☐ Não foi percebido risco  
☐ Pensamentos de morte  
☐ Ideação Suicida  
☐ Planejamento  
☐ Tentativas de suicídio

#### Conduta

- ☐ Avaliação psiquiátrica  
☐ Vigilância da equipe  
☐ Manter acompanhamento psicológico  
☐ Solicitar acompanhante  
☐ Encaminhamentos: \_\_\_\_\_

#### Acompanhamento em saúde mental

- ☐ Faz acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico regularmente  
☐ Já fez acompanhamento, mas não está em tratamento atualmente  
☐ Nunca fez acompanhamento psicológico ou psiquiátrico

### 3 - SÍNTESE DO ACOMPANHAMENTO

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





## FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

**Definição de caso:** Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

**Em crianças:** além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

**Em idosos:** deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

**Observação:** Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

### IDENTIFICAÇÃO

Município de Notificação:		UF de notificação:	Data da Notificação:
Tem CPF? (Marcar X)     Sim     Não	Estrangeiro: (Marcar X)     Sim     Não	Profissional de saúde: (Marcar X)     Sim     Não	Profissional de segurança: (Marcar X)     Sim     Não
CPF:	CNS:	Passaporte:	
Ocupação (CBO):			
Nome Completo:			
Nome Completo da Mãe:			
Data de nascimento:		País de origem:	
Sexo: (Marcar X)     Masculino     Feminino	Raça/Cor: (Marcar X)     Branca     Preta     Amarela     Parda     Ignorado	Se indígena, informar etnia:	
É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X)     Sim     Não		Se sim, qual?	
Estado de residência:	Município de Residência:	CEP:           -	
Logradouro:	Número:	Bairro:	
Complemento:			
Telefone 1:		Telefone 2:	
E-mail:			

### ESTRATÉGIA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DA TESTAGEM

Estratégia: (Marcar X)     Diagnóstico assistencial (sintomático)     Busca ativa de assintomático     Triagem de população específica	
Se busca ativa de assintomático: (Marcar X)     Monitoramento de contatos     Investigação de surtos     Monitoramento de viajantes com risco de VOC (quarentena)     Outro:	Se triagem de população específica: (Marcar X)     Trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos     Profissionais de saúde     Gestantes e puérperas     Povos e comunidades tradicionais     Outro:
Local de realização da testagem: (Marcar X)     Serviço de saúde (UBS, hospital, UPA etc.)     Farmácia ou drogaria     Outro:	Local de trabalho     Escola     Aeroporto     Domicílio ou comunidade

### DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS

Sintomas: (Marcar X)     Assintomático     Febre     Dor de Garganta     Dispneia     Tosse     Coriza     Dor de Cabeça     Distúrbios gustativos     Distúrbios olfativos     Outros	
Data do início dos sintomas:	
Condições: (Marcar X)     Doenças respiratórias crônicas descompensadas     Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)     Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica	Doenças cardíacas crônicas     Puérpera (até 45 dias do parto)     Imunossupressão     Diabetes     Gestante     Obesidade     Outros
Campos preenchidos automaticamente pelo sistema.	
Recebeu vacina Covid-19? (Marcar X)     Sim     Não	Se recebeu vacina Covid-19, informar: Dose   Data da vacinação   Laboratório produtor da vacina   Lote da vacina 1ª dose         2ª dose

### EXAMES LABORATORIAIS

Tipo de teste	Estado do teste		Data da coleta	Resultado
RT-PCR	Solicitado     Concluído	Coletado     Não Solicitado		Não detectável     Detectável     Inconclusivo ou Indeterminado
RT-LAMP	Solicitado     Concluído	Coletado     Não Solicitado		Não detectável     Detectável     Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgA	Solicitado     Concluído	Coletado     Não Solicitado		Não reagente     Reagente     Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgM	Solicitado     Concluído	Coletado     Não Solicitado		Não reagente     Reagente     Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgG	Solicitado     Concluído	Coletado     Não Solicitado		Não reagente     Reagente     Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico – anticorpos totais	Solicitado     Concluído	Coletado     Não Solicitado		Não reagente     Reagente     Inconclusivo ou Indeterminado
Teste rápido de anticorpo IgM	Solicitado     Concluído	Coletado     Não Solicitado		Não reagente     Reagente     Inconclusivo ou Indeterminado
Teste rápido de anticorpo IgG	Solicitado     Concluído	Coletado     Não Solicitado		Não reagente     Reagente     Inconclusivo ou Indeterminado



**FICHA CIRURGICA**

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

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_

DATA DA INTERNAÇÃO: \_\_\_\_\_ DATA DA ALTA: \_\_\_\_\_

Especialidade: ( ) Vascular ( ) ginecologia ( ) Obstetrícia ( ) cirurgia geral: \_\_\_\_\_  
( ) outra: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Sala: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_ Data da Cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cirurgião: \_\_\_\_\_ Instrumentador(a): \_\_\_\_\_

Auxiliar: \_\_\_\_\_ Circulante: \_\_\_\_\_

Anestesiologista: \_\_\_\_\_ Pediatra: \_\_\_\_\_

Tipo de anestesia: ( ) Geral ( ) Raqui ( ) Peri ( ) Sedação ( ) local

Classificação da cirurgia: ( ) limpa ( ) pot. Contaminada ( ) Contaminada ( ) Infectada

Emergência: ( ) sim ( ) não Porte da Cirurgia: ( ) pequeno ( ) Media ( ) grande

Usado OPMEs: ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_

Antibiótico profilático: ( ) sim ( ) Não Quais? \_\_\_\_\_

Procedimento invasivo:

Sonda vesical de demora: ( ) sim ( ) Não IOT + VM: ( ) Sim ( ) Não AVC ( ) sim ( ) Não  
( ) Outros: \_\_\_\_\_

Intercorrências na sala: \_\_\_\_\_

Assinatura equipe:

--	--	--	--	--	--

Itaberaí-GO, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



**Caso confirmado de Hanseníase:** pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia:  
- lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		HANSENÍASE	
	3	Data da Notificação		Código (CID10) A 3 0. 9	
Dados Gerais	4	UF	5	Município de Notificação	
					Código (IBGE)
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
Notificação Individual	8	Nome do Paciente		9	
					Data de Nascimento
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado		
	13		Raça/Cor		
Notificação Individual	14		Escolaridade		
	0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica				
	15	Número do Cartão SUS		16	
					Nome da mãe
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	
					Código (IBGE)
	19	Distrito			
	20	Bairro		21	
					Logradouro (rua, avenida,...)
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	
	24	Geo campo 1			
	25	Geo campo 2		26	
Dados de Residência					Ponto de Referência
	27	CEP			
	28	(DDD) Telefone		29	
					Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
				30	
				Pais (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares do Caso					
Ocupação	31	Nº do Prontuário		32	
					Ocupação
Dados Clínicos	33	Nº de Lesões Cutâneas		34	
					Forma Clínica 1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado
Dados Clínicos	35	Classificação Operacional		36	
					Nº de Nervos afetados
Atendimento	37	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico		0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado	
	38	Modo de Entrada		1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município ( mesma UF ) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 -Outros Reingressos 9 - Ignorado	
Atendimento	39	Modo de Detecção do Caso Novo		1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado	
	40	Baciloscopia		1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado	
Dados Lab.	41	Data do Início do Tratamento		42	
					Esquema Terapêutico Inicial 1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos
Med. Contr.	43	Número de Contatos Registrados			
Observações adicionais:					
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde		
	Nome		Função		Assinatura
	Hanseníase		Sinan NET		SVS 30/10/2007



## ADMISSÃO NA SRPA

Nome: \_\_\_\_\_

Cirurgia Realizada:

Tipo de Anestesia:

Anestesista:

CONTROLES	
-----------	--

ÍNDICE DE ALDRETTE (PARA ADULTOS)	Valor	Admissão	30 MIN	60 MIN	120 MIN	Observações
-----------------------------------	-------	----------	--------	--------	---------	-------------

Avaliação da dor :            ☐ 0 a 4 leve            ☐ 5 Moderada            ☐ 6 a 10 Máxima

---

DADOS DA ALTA RPA	
-------------------	--

[illegible]

DIETA LIBERADA APÓS: HORA: \_\_\_\_\_

Figure 1. A schematic diagram of the experimental design. The figure shows a timeline of the experiment. The timeline starts with a 10-minute rest period, followed by a 10-minute rest period, and then a 10-minute rest period. The timeline ends with a 10-minute rest period.

---

---

---

\_\_\_\_\_



BOLETIM DE CAMPO DE LABORATÓRIO DO LEVANTAMENTO RÁPIDO DE  
ÍNDICE- LIRAA BLOCO 100X1, PAPEL SULFITE 63GR TAMANHO A4.

QUANTIDADE: 100 BLOCOS

[illegible]






FICHA VISITA – PROGRAMA DE CONTROLE DE FEBRE AMARELA E DENGUE –  
PCFAD

QUANTIDADE: 200BL

<b>PREFEITURA</b> <b>Itaberaí</b>		<b>Programa de Controle da</b> <b>Febre Amarela e Dengue- PCFAD</b>																																																																																																			
<b>FICHA DE VISITA</b>		<b>FAD - 03</b>																																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;"><b>UF</b></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><b>DISTRITO</b></td><td></td></tr> </table>	<b>UF</b>		<b>DISTRITO</b>		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;"><b>MUNICÍPIO</b></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><b>SETOR CENSITÁRIO</b></td><td></td></tr> </table>	<b>MUNICÍPIO</b>		<b>SETOR CENSITÁRIO</b>		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;"><b>QUADRA</b></td><td style="text-align: center;"><b>Nº IMÓVEL</b></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	<b>QUADRA</b>	<b>Nº IMÓVEL</b>																																																																																									
<b>UF</b>																																																																																																					
<b>DISTRITO</b>																																																																																																					
<b>MUNICÍPIO</b>																																																																																																					
<b>SETOR CENSITÁRIO</b>																																																																																																					
<b>QUADRA</b>	<b>Nº IMÓVEL</b>																																																																																																				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>DATA</th><th>HORA</th><th>ATIV.</th><th>Nº EQUIPE</th><th>NOME LEGÍVEL</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	DATA	HORA	ATIV.	Nº EQUIPE	NOME LEGÍVEL																																														<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>DATA</th><th>HORA</th><th>ATIV.</th><th>Nº EQUIPE</th><th>NOME LEGÍVEL</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	DATA	HORA	ATIV.	Nº EQUIPE	NOME LEGÍVEL																																													
DATA	HORA	ATIV.	Nº EQUIPE	NOME LEGÍVEL																																																																																																	
DATA	HORA	ATIV.	Nº EQUIPE	NOME LEGÍVEL																																																																																																	



**CARTÃO DE VACINAÇÃO ADULTO EM PAPEL CARTOLINA TAMANHO 24X16CM, 180GR.**  
**QUANTIDADE: 5.000**

**Itaberaí**  **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Centro de Imunização e Rede de Vacinas

**CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO**  
Portaria 1.533, de 16 de agosto de 2016, redefine o Calendário Nacional de Vacinação, em todo território nacional.

Nome: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_  
Ponto de Referência: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino


Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_  
**ATENÇÃO! O CARTÃO DE VACINAÇÃO É UM DOCUMENTO.**  
Válido em todo território nacional e utilizado como comprovação vacinal em viagens internacionais. Anotar: vacina ou soro, data, lote, nome legível (OMS), laboratório e unidade de saúde ou local de vacinação.

**OBRIGATÓRIO CARIMBO DA UNIDADE**

TRATAMENTO ANTIRRABICO HUMANO			
Agressão	1ª	2ª	3ª
Data da Agressão			
Data do Abandono			
Animal Agressor			
Obs. do Animal	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Nº de Doses			
Soro			

**Não interromper o tratamento. Apresentar este cartão em caso de nova agressão**

VACINA/SORO ANTIRRABICO			
Nome	1ª	2ª	3ª
Data			
Lote			
Obs.			
Nome			
Data			
Lote			
Obs.			
Nome			
Data			
Lote			
Obs.			

**Itaberaí**  **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Centro de Imunização e Rede de Vacinas

**CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO**  
Portaria 1.533, de 16 de agosto de 2016, redefine o Calendário Nacional de Vacinação, em todo território nacional.

Nome: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_  
Ponto de Referência: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_  
**ATENÇÃO! O CARTÃO DE VACINAÇÃO É UM DOCUMENTO.**  
Válido em todo território nacional e utilizado como comprovação vacinal em viagens internacionais. Anotar: vacina ou soro, data, lote, nome legível (OMS), laboratório e unidade de saúde ou local de vacinação.

**OBRIGATÓRIO CARIMBO DA UNIDADE**

TRATAMENTO ANTIRRABICO HUMANO			
Agressão	1ª	2ª	3ª
Data da Agressão			
Data do Abandono			
Animal Agressor			
Obs. do Animal	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Nº de Doses			
Soro			

**Não interromper o tratamento. Apresentar este cartão em caso de nova agressão**

VACINA/SORO ANTIRRABICO			
Nome	1ª	2ª	3ª
Data			
Lote			
Obs.			
Nome			
Data			
Lote			
Obs.			
Nome			
Data			
Lote			
Obs.			

HEPATITE B			
Nome	1ª	2ª	3ª
Data			
Lote			
Obs.			

DUPLA ADULTO (DIFTERIA E TETANO)			
Nome	1ª	2ª	3ª
Data			
Lote			
Obs.			

DTPA			
Nome	1ª	2ª	3ª
Data			
Lote			
Obs.			

TRÍPLICE VIRAL			
Nome	1ª	2ª	3ª
Data			
Lote			
Obs.			

HPV			
Nome	1ª	2ª	3ª
Data			
Lote			
Obs.			

Pn23			
Nome	1ª	2ª	3ª
Data			
Lote			
Obs.			

FEBRE AMARELA			
Nome	1ª	2ª	3ª
Data			
Lote			
Obs.			

INFLUENZA			
Nome	1ª	2ª	3ª
Data			
Lote			
Obs.			

OUTRAS VACINAS, MUNDAS, GELINAS E SOROS			
Nome	1ª	2ª	3ª
Data			
Lote			
Obs.			

HEPATITE B			
Nome	1ª	2ª	3ª
Data			
Lote			
Obs.			

DUPLA ADULTO (DIFTERIA E TETANO)			
Nome	1ª	2ª	3ª
Data			
Lote			
Obs.			

DTPA			
Nome	1ª	2ª	3ª
Data			
Lote			
Obs.			

TRÍPLICE VIRAL			
Nome	1ª	2ª	3ª
Data			
Lote			
Obs.			

HPV			
Nome	1ª	2ª	3ª
Data			
Lote			
Obs.			

Pn23			
Nome	1ª	2ª	3ª
Data			
Lote			
Obs.			

FEBRE AMARELA			
Nome	1ª	2ª	3ª
Data			
Lote			
Obs.			

INFLUENZA			
Nome	1ª	2ª	3ª
Data			
Lote			
Obs.			

OUTRAS VACINAS, MUNDAS, GELINAS E SOROS			
Nome	1ª	2ª	3ª
Data			
Lote			
Obs.			



BOLETIM DE RECONHECIMENTO (PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA E DENGUE) PCFAD. BLOCO 100X1, PAPEL SULFITE 75 GR TAMANHO A4.

QUANTIDADE: 50



**Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue - PCFAD**  
**Boletim de Reconhecimento**

[illegible]



CADERNETA DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA (MENINA) CAPA 4/4 CORES PAPEL  
COUCHÊ 210G

QUANTIDADE: 400


conforme modelo vigente do Ministério da Saúde (Caderneta da Criança – Passaporte da Cidadania), destinada ao registro de imunizações, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Capa confeccionada em papel couchê 210g/m<sup>2</sup>, impressão 4/4 cores, com acabamento em laminação fosca ou brilho, contendo identificação oficial do Ministério da Saúde, logomarca do SUS e inclusão da logomarca da Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura de Itaberaí

CADERNETA DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA (MENINO) CAPA 4/4 CORES PAPEL  
COUCHÊ 210G


QUANTIDADE: 400



conforme modelo vigente do Ministério da Saúde (Caderneta da Criança – Passaporte da Cidadania), destinada ao registro de imunizações, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Capa confeccionada em papel couchê 210g/m<sup>2</sup>, impressão 4/4 cores, com acabamento em laminação fosca ou brilho, contendo identificação oficial do Ministério da Saúde, logomarca do SUS e inclusão da logomarca da Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura de Itaberaí

CARTÃO DE VACINAÇÃO PET EM PAPEL CARTOLINA TAMANHO 24X16 CM 180 GR.  
QUANTIDADE: 10.000

**Itaberaí**  
PARA O NOVO IDEAL - FELIZ PORO SEMPRE

## Cartão de vacinação PET





 **Dados do Pet** 

Nome: \_\_\_\_\_  
Espécie: \_\_\_\_\_  
Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Raça: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_  
Pelagem: \_\_\_\_\_

**Dados do Tutor**

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone: ( ) \_\_\_\_ . \_\_\_\_ / ( ) \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_





FICHA DE CAMPO DO PROGRAMA GOIÁS CONTRA O AEDES, FRENTE E VERSO,  
BLOCO 100X1, PAPEL SULFITE 63GR TAMANHO A4  
QUANTIDADE:200BL

(Frente)

		FICHA DE CAMPO DO PROGRAMA GOIÁS CONTRA O AEDES	
Município:			
Bairro:			
Quadra:		Quartelão Endemias:	
Agente(s) Responsável(is) pelos dados:			
Função/Cargo:			
Assinatura(s):			
<b>IMÓVEIS COM FOCO</b> Lote/Terreno Baldio      Lote/Terreno Edificado		<b>ENDEREÇO DOS IMÓVEIS COM FOCO (larvas e pupas)</b> 1°. LT    Nº    RUA      9°. LT    Nº    RUA 2°. LT    Nº    RUA      10°. LT    Nº    RUA 3°. LT    Nº    RUA      11°. LT    Nº    RUA 4°. LT    Nº    RUA      12°. LT    Nº    RUA 5°. LT    Nº    RUA      13°. LT    Nº    RUA 6°. LT    Nº    RUA      14°. LT    Nº    RUA 7°. LT    Nº    RUA      15°. LT    Nº    RUA 8°. LT    Nº    RUA      16°. LT    Nº    RUA	
TOTAL DE IMÓVEIS COM FOCOS		TOTAL DE IMÓVEIS TRABALHADOS	
<b>IMÓVEIS TRABALHOS</b> Lote/Terreno Baldio Trabalhado      Lote/Terreno Edificado Trabalhado      EDIFICAÇÕES INSPECIONADAS		TOTAL	
<b>TIPOS DE FOCOS RASCUNHO</b> A-1: Depósito d'água elevada: cisterna d'água      A-2: Depósitos ao nível do solo: tanque, tambores, barril B: Pequenos depósitos móveis: Vasos e espremedores de plantas, bebedouros C: Depósitos fixos: Tanques de borracharia; calhas, telas, rios, piscinas, canilões, etc. D-1: Pneumáticos Pneus      D-2: Depósitos fixos: Lixo (recipientes plásticos, garrafas, latas); sucatas E: Naturais: Anéis de folhas (bromélias, etc); buracos em árvores e em rochas; restos de animais      QUANTIDADE DE LARVICIDAS EM GRAMAS			
<b>PENDÊNCIAS</b> Lote/Terreno Baldio      Lote/Terreno Edificado Fechado      Fechado      Recusado		<b>ENDEREÇO DAS PENDÊNCIAS E TIPO: F = fechado    R = recusado</b> 1°. LT    Nº    RUA    F    R    9°. LT    Nº    RUA    F    R 2°. LT    Nº    RUA    F    R    10°. LT    Nº    RUA    F    R 3°. LT    Nº    RUA    F    R    11°. LT    Nº    RUA    F    R 4°. LT    Nº    RUA    F    R    12°. LT    Nº    RUA    F    R 5°. LT    Nº    RUA    F    R    13°. LT    Nº    RUA    F    R 6°. LT    Nº    RUA    F    R    14°. LT    Nº    RUA    F    R 7°. LT    Nº    RUA    F    R    15°. LT    Nº    RUA    F    R 8°. LT    Nº    RUA    F    R    16°. LT    Nº    RUA    F    R	
TOTAL DE IMÓVEIS FECHADOS    RECUSADOS		TOTAL RECUERADOS	
OBSERVAÇÕES:			

(Verso)

CONTINUAÇÃO																		
IMÓVEIS TRABALHADOS																		
Lote/Terreno Baldo Trabalhado				Lote/Terreno Edificado Trabalhado				EDIFICAÇÕES INSPECCIONADAS										
TOTAL DE IMÓVEIS TRABALHADOS																		
TOTAL																		
FAMULHAR	PENDÊNCIAS			ENDEREÇO DAS PENDÊNCIAS E TIPO: F = fechado R = recusado										RECUPERAÇÕES				
	Lote/Terreno Baldo			Lote/Terreno Edificado														
	Fechado		Recusado	17º LT	Nº	RUA	F	R	20º LT	Nº	RUA	F	R	Imóveis				
				18º LT	Nº	RUA	F	R	30º LT	Nº	RUA	F	R	Recuperados				
				19º LT	Nº	RUA	F	R	31º LT	Nº	RUA	F	R					
				20º LT	Nº	RUA	F	R	32º LT	Nº	RUA	F	R					
				21º LT	Nº	RUA	F	R	33º LT	Nº	RUA	F	R					
				22º LT	Nº	RUA	F	R	34º LT	Nº	RUA	F	R					
				23º LT	Nº	RUA	F	R	35º LT	Nº	RUA	F	R					
				24º LT	Nº	RUA	F	R	36º LT	Nº	RUA	F	R					
				25º LT	Nº	RUA	F	R	37º LT	Nº	RUA	F	R					
				26º LT	Nº	RUA	F	R	38º LT	Nº	RUA	F	R					
				27º LT	Nº	RUA	F	R	39º LT	Nº	RUA	F	R					
				28º LT	Nº	RUA	F	R	40º LT	Nº	RUA	F	R					
TOTAL DE IMÓVEIS FECHADOS			RECUSADOS													TOTAL DE		
																RECUPERADOS		

OBSERVAÇÕES:


## CONCEITOS:

Form. An. 325/90

Imóvel: Lote/terreno edificado ou não edificado (baldo);

Edificação: Construções (casa, apartamentos, barracões etc.);

Imóveis trabalhados: São os imóveis em que o agente entrou e realizou alguma ação (Ex. educativa, tratamento químico, mecânico, etc.);

Imóveis com foco: São imóveis trabalhados e que possuem algum criadouro com a presença de larva ou pupa do vetor;

Imóveis fechados: Considerar os imóveis inutilizados e os imóveis em que os moradores não se encontravam no momento da visita;

Imóveis recusados: São imóveis com visita recusada pelo morador;

Imóveis recuperados: São os imóveis trabalhados e que estavam anteriormente fechados ou recusados. Não somar esta informação aos imóveis trabalhados;

Revisitas: São imóveis que receberam duas ou mais visitas em um mesmo ciclo (casos em que o município conseguir fazer mais de 100% de visitas).



FICHA DE COLETA E IDENTIFICAÇÃO DE FORMAS IMATURAS DE  
CULICÍDEOS. PICOTADA A DIVISORIA, BLOCO 100X1 PAPEL SULFITE 75 GR,  
TAMANHO A4. QUANTIDADE: 50

Dados de LOCALIZAÇÃO da COLETA das Amostras		Número do GAL:	
Endereço da Coleta:		Quart:	Nº casa:
Localidade / Bairro:		Zona: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Perurbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Silvestre	
Dados da coleta			
Data da coleta:		Hora inicial:	Hora final:
Objetivo da coleta: <input type="checkbox"/> LIRA <input type="checkbox"/> LIA <input type="checkbox"/> outros:		Instrumento de coleta: Concha <input type="checkbox"/> Pipeta <input type="checkbox"/> pesca larva <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
Nome do Coletor/es ou Agente/es:			
Dados do depósito/criadouro			
Tipo de depósito:		Nº de Larvas:	Nº de Pupas:
Laboratório local - identificação		Laboratório LACEN (Controle de Qualidade)	
1- <i>Aedes aegypti</i> Nº de Larvas: Nº de Pupas:		1- <i>Aedes aegypti</i> Nº de Larvas: Nº de Pupas:	
2- <i>Aedes albopictus</i> Nº de Larvas: Nº de Pupas:		2- <i>Aedes albopictus</i> Nº de Larvas: Nº de Pupas:	
3- Outros: Nº de Larvas: Nº de Pupas:		3- Outros: Nº de Larvas: Nº de Pupas:	
Responsável pela identificação:		Responsável pelo C.Q:	
Data:		Data:	
Resultado Controle de Qualidade LACEN: concordância <input type="checkbox"/>		discordância <input type="checkbox"/>	

picote

Dados de LOCALIZAÇÃO da COLETA das Amostras		Número do GAL:	
Endereço da Coleta:		Quart:	Nº casa:
Localidade / Bairro:		Zona: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Perurbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Silvestre	
Dados da coleta			
Data da coleta:		Hora inicial:	Hora final:
Objetivo da coleta: <input type="checkbox"/> LIRA <input type="checkbox"/> LIA <input type="checkbox"/> outros:		Instrumento de coleta: Concha <input type="checkbox"/> Pipeta <input type="checkbox"/> pesca larva <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
Nome do Coletor/es ou Agente/es:			
Dados do depósito/criadouro			
Tipo de depósito:		Nº de Larvas:	Nº de Pupas:
Laboratório local - identificação		Laboratório LACEN (Controle de Qualidade)	
1- <i>Aedes aegypti</i> Nº de Larvas: Nº de Pupas:		1- <i>Aedes aegypti</i> Nº de Larvas: Nº de Pupas:	
2- <i>Aedes albopictus</i> Nº de Larvas: Nº de Pupas:		2- <i>Aedes albopictus</i> Nº de Larvas: Nº de Pupas:	
3- Outros: Nº de Larvas: Nº de Pupas:		3- Outros: Nº de Larvas: Nº de Pupas:	
Responsável pela identificação:		Responsável pelo C.Q:	
Data:		Data:	
Resultado Controle de Qualidade LACEN: concordância <input type="checkbox"/>		discordância <input type="checkbox"/>	

picote

Dados de LOCALIZAÇÃO da COLETA das Amostras		Número do GAL:	
Endereço da Coleta:		Quart:	Nº casa:
Localidade / Bairro:		Zona: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Perurbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Silvestre	
Dados da coleta			
Data da coleta:		Hora inicial:	Hora final:
Objetivo da coleta: <input type="checkbox"/> LIRA <input type="checkbox"/> LIA <input type="checkbox"/> outros:		Instrumento de coleta: Concha <input type="checkbox"/> Pipeta <input type="checkbox"/> pesca larva <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
Nome do Coletor/es ou Agente/es:			
Dados do depósito/criadouro			
Tipo de depósito:		Nº de Larvas:	Nº de Pupas:
Laboratório local - identificação		Laboratório LACEN (Controle de Qualidade)	
1- <i>Aedes aegypti</i> Nº de Larvas: Nº de Pupas:		1- <i>Aedes aegypti</i> Nº de Larvas: Nº de Pupas:	
2- <i>Aedes albopictus</i> Nº de Larvas: Nº de Pupas:		2- <i>Aedes albopictus</i> Nº de Larvas: Nº de Pupas:	
3- Outros: Nº de Larvas: Nº de Pupas:		3- Outros: Nº de Larvas: Nº de Pupas:	
Responsável pela identificação:		Responsável pelo C.Q:	
Data:		Data:	
Resultado Controle de Qualidade LACEN: concordância <input type="checkbox"/>		discordância <input type="checkbox"/>	

picote



REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL (PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DE DENGUE - PNCD) FRENTE E VERSO, BLOCO 100X1, PAPEL SULFITE 63GR, TAMANHO A4.  
QUANTIDADE: 5

[illegible][illegible]





FICHA DE INVESTIGAÇÃO E ATENDIMENTO TOXICOLÓGICO, FRENTE E  
VERSO, BLOCO 100X1 PAPEL SULFITE 75 GR, TAMANHO A4  
QUANTIDADE: 10

<b>CIAIOX</b> CENTRO DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA 0800 646 4350 0800 722 0001		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE		SUS +		SUS Sistema Único de Saúde		GOIÁS GOV. DO ESTADO	
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO						MENSA Nº			
CENTRO DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA DE GOIÁS						CIATOP Nº			
FICHA DE INVESTIGAÇÃO E ATENDIMENTO TOXICOLÓGICO						DATA/FOLHA Nº			
Dados Gerais	1. Tipo de notificação	HUMANA		2. Agente/agência		Código (CID-10)		Flora	
	2. Individual	ANIMAL		3. Intoxicação exógena		Código (CID-10)		Flora	
	4. Local de ocorrência e/ou atendimento				5. Data da Notificação		6. Data da Notificação		7. Data da Notificação
Dados do Paciente	8. Nome do paciente	9. Data de Nascimento		10. Sexo		11. Estado Civil		12. Profissão	
	13. Idade	14. Município de Nascimento		15. Código (IBGE)		16. Data dos Primeiros Sintomas		17. Data dos Primeiros Sintomas	
	18. Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	19. Endereço		20. Código		21. Data dos Primeiros Sintomas		22. Data dos Primeiros Sintomas	
Dados do Caso	23. Nome do paciente	24. Data de Nascimento		25. Sexo		26. Estado Civil		27. Profissão	
	28. Idade	29. Município de Nascimento		30. Código (IBGE)		31. Data dos Primeiros Sintomas		32. Data dos Primeiros Sintomas	
	33. Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	34. Endereço		35. Código		36. Data dos Primeiros Sintomas		37. Data dos Primeiros Sintomas	
Dados do Caso	38. Nome do paciente	39. Data de Nascimento		40. Sexo		41. Estado Civil		42. Profissão	
	43. Idade	44. Município de Nascimento		45. Código (IBGE)		46. Data dos Primeiros Sintomas		47. Data dos Primeiros Sintomas	
	48. Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	49. Endereço		50. Código		51. Data dos Primeiros Sintomas		52. Data dos Primeiros Sintomas	
Dados do Caso	53. Nome do paciente	54. Data de Nascimento		55. Sexo		56. Estado Civil		57. Profissão	
	58. Idade	59. Município de Nascimento		60. Código (IBGE)		61. Data dos Primeiros Sintomas		62. Data dos Primeiros Sintomas	
	63. Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	64. Endereço		65. Código		66. Data dos Primeiros Sintomas		67. Data dos Primeiros Sintomas	
Dados do Caso	68. Nome do paciente	69. Data de Nascimento		70. Sexo		71. Estado Civil		72. Profissão	
	73. Idade	74. Município de Nascimento		75. Código (IBGE)		76. Data dos Primeiros Sintomas		77. Data dos Primeiros Sintomas	
	78. Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	79. Endereço		80. Código		81. Data dos Primeiros Sintomas		82. Data dos Primeiros Sintomas	
Dados do Caso	83. Nome do paciente	84. Data de Nascimento		85. Sexo		86. Estado Civil		87. Profissão	
	88. Idade	89. Município de Nascimento		90. Código (IBGE)		91. Data dos Primeiros Sintomas		92. Data dos Primeiros Sintomas	
	93. Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	94. Endereço		95. Código		96. Data dos Primeiros Sintomas		97. Data dos Primeiros Sintomas	
Dados do Caso	98. Nome do paciente	99. Data de Nascimento		100. Sexo		101. Estado Civil		102. Profissão	
	103. Idade	104. Município de Nascimento		105. Código (IBGE)		106. Data dos Primeiros Sintomas		107. Data dos Primeiros Sintomas	
	108. Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	109. Endereço		110. Código		111. Data dos Primeiros Sintomas		112. Data dos Primeiros Sintomas	
Dados do Caso	113. Nome do paciente	114. Data de Nascimento		115. Sexo		116. Estado Civil		117. Profissão	
	118. Idade	119. Município de Nascimento		120. Código (IBGE)		121. Data dos Primeiros Sintomas		122. Data dos Primeiros Sintomas	
	123. Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	124. Endereço		125. Código		126. Data dos Primeiros Sintomas		127. Data dos Primeiros Sintomas	
Dados do Caso	128. Nome do paciente	129. Data de Nascimento		130. Sexo		131. Estado Civil		132. Profissão	
	133. Idade	134. Município de Nascimento		135. Código (IBGE)		136. Data dos Primeiros Sintomas		137. Data dos Primeiros Sintomas	
	138. Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	139. Endereço		140. Código		141. Data dos Primeiros Sintomas		142. Data dos Primeiros Sintomas	
Dados do Caso	143. Nome do paciente	144. Data de Nascimento		145. Sexo		146. Estado Civil		147. Profissão	
	148. Idade	149. Município de Nascimento		150. Código (IBGE)		151. Data dos Primeiros Sintomas		152. Data dos Primeiros Sintomas	
	153. Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	154. Endereço		155. Código		156. Data dos Primeiros Sintomas		157. Data dos Primeiros Sintomas	
Dados do Caso	158. Nome do paciente	159. Data de Nascimento		160. Sexo		161. Estado Civil		162. Profissão	
	163. Idade	164. Município de Nascimento		165. Código (IBGE)		166. Data dos Primeiros Sintomas		167. Data dos Primeiros Sintomas	
	168. Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	169. Endereço		170. Código		171. Data dos Primeiros Sintomas		172. Data dos Primeiros Sintomas	
Dados do Caso	173. Nome do paciente	174. Data de Nascimento		175. Sexo		176. Estado Civil		177. Profissão	
	178. Idade	179. Município de Nascimento		180. Código (IBGE)		181. Data dos Primeiros Sintomas		182. Data dos Primeiros Sintomas	
	183. Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	184. Endereço		185. Código		186. Data dos Primeiros Sintomas		187. Data dos Primeiros Sintomas	
Dados do Caso	188. Nome do paciente	189. Data de Nascimento		190. Sexo		191. Estado Civil		192. Profissão	
	193. Idade	194. Município de Nascimento		195. Código (IBGE)		196. Data dos Primeiros Sintomas		197. Data dos Primeiros Sintomas	
	198. Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	199. Endereço		200. Código		199. Data dos Primeiros Sintomas		200. Data dos Primeiros Sintomas	



[illegible]





FICHA INVESTIGAÇÃO ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS BLC 100X1,  
PAPEL SULFITE 75GR  
QUANTIDADE: 10

Impressos padronizados para Vigilância Epidemiológica, correspondentes às fichas de notificação e investigação de agravos de notificação compulsória, conforme modelo oficial do Ministério da Saúde utilizado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

**FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE DENGUE / CHIKUNGUNYA / ZIKA BLC 100X1, PAPEL SULFITE 75GR QUANTIDADE: 10**

Impressos padronizados para Vigilância Epidemiológica, correspondentes às fichas de notificação e investigação de agravos de notificação compulsória, conforme modelo oficial do Ministério da Saúde utilizado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

**FICHA INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE BLC 100X1, PAPEL SULFITE 75GR QUANTIDADE: 10**

Impressos padronizados para Vigilância Epidemiológica, correspondentes às fichas de notificação e investigação de agravos de notificação compulsória, conforme modelo oficial do Ministério da Saúde utilizado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

**FICHA INVESTIGAÇÃO SG SUSPEITA DOENÇA PELO COVID-19 (B-34.2) BLC 100X1, PAPEL SULFITE 75GR QUANTIDADE: 10**

Impressos padronizados para Vigilância Epidemiológica, correspondentes às fichas de notificação e investigação de agravos de notificação compulsória, conforme modelo oficial do Ministério da Saúde utilizado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

**FICHA NOTIFICAÇÃO - INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE, BLC 100X1, PAPEL SULFITE 63GR QUANTIDADE: 10**

Impressos padronizados para Vigilância Epidemiológica, correspondentes às fichas de notificação e investigação de agravos de notificação compulsória, conforme modelo oficial do Ministério da Saúde utilizado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

**FICHA NOTIFICAÇÃO - INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE. BLC 100X1, PAPEL SULFITE 63GR QUANTIDADE: 10**

Impressos padronizados para Vigilância Epidemiológica, correspondentes às fichas de notificação e investigação de agravos de notificação compulsória, conforme modelo oficial do Ministério da Saúde utilizado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.





CERTIFICADO DE VACINAÇÃO MÉDIDAS 15CM X20CM, BLOCO 100X1, PAPEL  
SULFITE 75GR, TAMANHO A4 QUANTIDADE: 200



PREFEITURA  
**Itaberai**

**CERTIFICADO DE VACINAÇÃO**

Atesto para os devidos fins que o cartão de vacina de:

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_

- ( ) está completo, com cartão de vacinação atualizado para a idade  
( ) está incompleto, devido desabastecimento do imunobiológico  
( ) está incompleto, responsável recusa vacinação

Assinatura do Responsável

Profissional sala de Vacina

Itaberai \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_



LEI Nº 22.243, DE 28 DE AGOSTO DE 2023

[www.itaberai.go.gov.br](http://www.itaberai.go.gov.br)

Prefeitura Municipal de Itaberai | E-mail: [adm@itaberai.go.gov.br](mailto:adm@itaberai.go.gov.br)  
Itaberai-GO - CEP: 76.630-000 - Fone: (62) 375-5321

FICHA NOTIFICAÇÃO - INVEST. INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS BLC 100X1, PAPEL SULFITE 63GR QUANTIDADE: 10 Impressos padronizados para Vigilância Epidemiológica, correspondentes às fichas de notificação e investigação de agravos de notificação compulsória, conforme modelo oficial do Ministério da Saúde utilizado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

FICHA INVESTIGAÇÃO INTOXICAÇÃO EXÓGENA BLC 100X1, PAPEL SULFITE 75GR QUANTIDADE: 10 Impressos padronizados para Vigilância Epidemiológica, correspondentes às fichas de notificação e investigação de agravos de notificação compulsória, conforme modelo oficial do Ministério da Saúde utilizado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

FICHA INVESTIGAÇÃO – ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANOS BLC 100X1, PAPEL SULFITE 75GR QUANTIDADE: 10 Impressos padronizados para Vigilância Epidemiológica, correspondentes às fichas de notificação e investigação de agravos de notificação compulsória, conforme modelo oficial do Ministério da Saúde utilizado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

FOLDER EDUCATIVO INFORMATIVO, TAMANHO 21CM X 30CM (A4), PAPEL COUCHÊ 90G, IMPRESSÃO 4X4 CORES (FRENTE E VERSO), SEM DOBRAS, COM APLICAÇÃO DE VERNIZ TOTAL DE PROTEÇÃO, ACABAMENTO REFILE, ARTE FORNECIDA PELO CONTRATANTE, DESTINADO À DISTRIBUIÇÃO EM CAMPANHAS EDUCATIVAS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE.

QUANTIDADE: 10.000



NOTIFICAÇÃO DE RECEITA TIPO B COR AZUL, BLOCO COM CANHOTO,  
FORMATO 20X10CM, 100X1 IMPRESSO EM PAPEL PLUSS 75GR/M², NUMERAÇÃO  
SERRILHA, GRAMPO E CAPA.

QUANTIDADE: 100

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA	IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR	PRESCRIÇÃO
<b>NUMERO</b> <b>B</b>	NOME DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF <b>OU</b> NOME DA INSTITUIÇÃO + CNPJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE	NOME DO MEDICAMENTO: CONCENTRAÇÃO: FORMA FARMACÊUTICA: QUANTIDADE: POSOLÓGIA:
DATA:		
ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR	<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b>	
PACIENTE:	NOME: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO: TELEFONE:	
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:		
	<small>*NOME DA INSTITUIÇÃO, CNPJ, ENDEREÇO COMPLETO</small>	

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA TIPO B2 COR AZUL, BLOCO COM CANHOTO,  
FORMATO 20X10CM, 100X1 IMPRESSO EM PAPEL PLUSS 75GR/M<sup>2</sup>, NUMERAÇÃO  
SERRILHA, GRAMPO E CAPA.

QUANTIDADE: 100

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	PRESCRIÇÃO
NÚMERO	<b>B2</b>	NOME DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF OU NOME DA INSTITUIÇÃO + CPF ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE	NOME DO MEDICAMENTO:
DATA:			CONCENTRAÇÃO:
ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR			FORMA FARMACÊUTICA:
PACIENTE:			QUANTIDADE:
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE			POSOLOGIA:
		IDENTIFICAÇÃO DO COMPROVANTE	
		NOME:	
		CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:	
		ENDEREÇO COMPLETO:	
		TELEFONE:	
		PROTEÇÃO FÍSICA: CAPA E SERRILHA OBRIGATORIAS	



NOTIFICAÇÃO DE RECEITA RETINÓIDES, BLOCO COM CANHOTO, FORMATO  
20X10CM, 100X1 IMPRESSO EM PAPEL PLUSS 75GR/M<sup>2</sup>, NUMERAÇÃO  
SERRILHA, GRAMPO E CAPA

QUANTIDADE: 50

**NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL  
RETINÓIDES SISTÊMICOS**

RECIBO

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

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR

PACIENTE: \_\_\_\_\_

CPF ou se estrangeiro, PASSAPORTE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

NOME DO MÉDICO + INSCRIÇÃO NO CRM + UF

OU

NOME DA INSTITUIÇÃO + CPN ou CNES +

ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

NOME:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:

ENDEREÇO COMPLETO:

TELEFONE:

RENOME DA GRÁFICA, CARGO E ENDEREÇO COMPLETO

**PRESCRIÇÃO**

NOME DO MEDICAMENTO:

CONCENTRAÇÃO:

FORMA FARMACÊUTICA:

QUANTIDADE:

POSOLOGIA:



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



NOTIFICAÇÃO DE RECEITA TIPO A COR AMARELA, BLOCO COM CANHOTO, FORMATO 20X10CM, 100X1 IMPRESSO EM PAPEL PLUSS 75GR/M², NUMERAÇÃO SERRILHA, GRAMPO E CAPA.

QUANTIDADE: 100

<p><b>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA</b></p> <p>NÚMERO: <input type="text"/></p> <p>DATA: <input type="text"/></p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR</p> <p>PACIENTE: <input type="text"/></p> <p>CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: <input type="text"/></p>	<p><b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b></p> <p>NOME DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF:</p> <p>ou</p> <p>NOME DA INSTITUIÇÃO + CEPN ou CNES +</p> <p>ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE</p> <p><b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b></p> <p>NOME:</p> <p>CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:</p> <p>ENDEREÇO COMPLETO:</p> <p>TELEFONE:</p> <p>NOME DA FARMÁCIA, DIPS + ENDEREÇO COMPLETO</p>	<p><b>PRESCRIÇÃO</b></p> <p>NOME DO MEDICAMENTO:</p> <p>CONCENTRAÇÃO:</p> <p>FORMA FARMACÊUTICA:</p> <p>QUANTIDADE:</p> <p>POSOLÓGIA:</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------





INFORME DE RESULTADO TESTE RÁPIDO HANSENÍASE MÉDIDAS 15CM X20CM,  
BLOCO 100X1, PAPEL SULFITE 75GR, TAMANHO A4.

QUANTIDADE: 5



**LAUDO TESTE RÁPIDO – HANSENÍASE**



UNIDADE DE SAÚDE:

NOME CASO ÍNDICE

N.º SINAN

**Identificação do Usuário**

Nome do usuário:

Nome da mãe:

Data de nascimento:

Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem. ☐ Outro

CNS/CPF:

Fone:

Endereço:

**Teste Rápido para detecção de anticorpos**

*IgM anti-Mycobacterium Leprae*

Material biológico: Sangue total/punção digital

Método: Imunocromatográfica

☐ Reagente ☐ Não Reagente

**Interpretação do Resultado**

A interpretação dos resultados deve ser sempre realizada por profissional habilitado, que possa correlacioná-los com os dados clínicos e epidemiológicos.

Um resultado REAGENTE isoladamente não confirma atividade da doença.

Um resultado NÃO REAGENTE não exclui atividade da doença.

Itaberai de de 2025.

LOTE:

VALIDADE:

Responsável pelo Laudo  
(Carimbo e assinatura)



Diretoria de Vigilância em Saúde  
Rua 5 Jardim Cabral - CEP: 76630-000 - Itaberai - GO  
Telefone: 0800 375-3978 E-mail: [vigilanciaepidemiologica@itaberai.go.gov.br](mailto:vigilanciaepidemiologica@itaberai.go.gov.br)





INFORME DE RESULTADO TESTE RÁPIDO MÉDIDAS 15CM X20CM, BLOCO 100X1, PAPEL SULFITE 75GR, TAMANHO A4.

QUANTIDADE: 100



**INFORME DE RESULTADO  
TESTE RÁPIDO IMUNOCROMATOGRÁFICO**



UNIDADE DE SAÚDE:

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO**

Nome:

Data de nascimento:

Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem. ☐ Outro

CNS/CPF:

Fone:

**DADOS DA AMOSTRA**

Tipo de Amostra: ☐ Sangue ☐ Soro ☐ Plasma ☐ Swab ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Data da Coleta:

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Data da Liberação:

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**EXAME REALIZADO**

Teste:

Fabricante/Marca:

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Lote:

Validade:

Metodologia:

Imunocromatografia de fluxo lateral

**RESULTADO**

☐ NÃO REAGENTE ☐ REAGENTE ☐ INCONCLUSIVO

OBSERVAÇÃO: Teste qualitativo para detecção de antígeno(s) e/ou anticorpo(s) específicos pelo método imunocromatográfico. Resultado reagente indica presença do analito pesquisado. Resultado não reagente não exclui infecção, considerando período de incubação ou janela imunológica. Correlacionar com dados clínicos e epidemiológicos.

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo Laudo  
(Carimbo e assinatura)



Diretoria de Vigilância em Saúde  
Rua 5 Jardim Cabral - CEP: 76630-000 - Itaberai - GO  
Telefone: 0800 375-3978 E-mail: [vigilanciaepidemiologica@itaberai.go.gov.br](mailto:vigilanciaepidemiologica@itaberai.go.gov.br)



Diretoria de Vigilância em Saúde  
Rua 5 Jardim Cabral - CEP: 76630-000 - Itaberai - GO  
Telefone: 0800 375-3978 E-mail: [vigilanciaepidemiologica@itaberai.go.gov.br](mailto:vigilanciaepidemiologica@itaberai.go.gov.br)





FICHA DE PROVA TUBERCULINICA MÉDIDAS 15CM X20CM, BLOCO 100X1,  
PAPEL SULFITE 75GR, TAMANHO A4.

QUANTIDADE: 5

Secretaria Municipal de Saúde		Itaberai	
Vigilância em Saúde Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose e Micobactérias não Tuberculosas			
<b>Ficha de prova tuberculínica PPD</b>			
1 - Nome do paciente: _____		2 - Idade: _____	
3 - Nome da mãe: _____			
4 - Data de nascimento: ____/____/____		5 - Telefone de contato: (____) _____	
6 - Local de realização do teste: _____			
<b>Antecedente vacinal (BCG-ID)</b>			
Cicatriz vacinal: ( ) Sim ( ) não ( ) Duvidoso			
<b>Aplicação e leitura da prova tuberculínica</b>			
Aplicação		Leitura	
Data: ____/____/____		Data: ____/____/____	
Assinatura: _____		Assinatura: _____	
<b>Resultado da prova tuberculínica em milímetros (mm)</b>			
_____ mm			
Referências:			
< que 5 (cinco) mm: negativo para infecção latente de Tuberculose			
> que 5 (cinco) mm: positivo para infecção latente de Tuberculose			
Método: Avaliação de sensibilidade - Injeção intradérmica de 0,1ml de tuberculina purificada.			

Memorando Nº 0301 /2025

Itaberaí, 04 de março de 2026.

Ilmo Sr:  
Carlos Rodrigues Galvão Júnior  
Secretário Municipal de Saúde

**Assunto: Solicitação de aquisição de materiais gráficos para as Unidades Básicas de Saúde.**

Prezado,

Venho através deste solicitar a abertura de processo para aquisição de materiais gráficos destinados às Unidades Básicas de Saúde deste município, a fim de suprir a demanda regular de atendimentos médicos e garantir a continuidade adequada dos serviços prestados à população.

A contratação visa manter estoque suficiente nas Unidades Básicas de Saúde, considerando o aumento da demanda e a necessidade de padronização dos impressos utilizados pelos profissionais de saúde.

Solicito que os receituários especiais e tipo B sejam confeccionados de acordo com as exigências legais, incluindo numeração sequencial, controle de talonário e demais especificações técnicas previstas na legislação sanitária vigente.

Os materiais a serem adquiridos são:

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
CADERNETA DA GESTANTE 4/4, COLORIDA, PÁGINA	1.500
FLYER (GUIA DE ORIENTAÇÃO USUARIOSDE PPR E PT) SAÚDE BUCAL, TAMANHO A4 BLOCO 100X1, PAPEL SULFUTE 75 GR	5.000
RECEITUÁRIO TIPO B (NOTIFICAÇÃO DE RECEITA).	1.200
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL	1.000
RECEITUÁRIO SIMPLES	500
REQUISIÇÃO DE EXAMES CITOPATOLOGICOS	1.000
REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA	1.000
CORDÃO GIRASSOL	500

Sem mais para o momento, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

Nicaella Eterna de O. S. Nascimento  
Diretora da Atenção Básica  
Decreto nº 1318/2022



Nicaella Eterna de Oliveira Santos Nascimento

Diretora da Atenção Básica





**SAMU**  
**192**

Secretaria Municipal  
de Saúde



PREFEITURA  
**Itaberaí**



USA		USB		DATA	
IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE				HORÁRIO/KM	
Médico (a):	Saída Base:		KM:	Hospital:	KM:
Enfermeiro (a):	Local:		KM:	Saída Hosp:	KM:
Téc. Enfermagem:	Saída Local:		KM:	Base:	KM:
Condutor:	Obs.:				
Timer:					
RUA:					DATA DE NASCIMENTO
BAIRRO:				CIDADE:	
NOME DA VÍTIMA	IDADE:			SEXO:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

TIPO DE OCORRÊNCIA			
<input type="checkbox"/> TRANSPORTE INTERHOSPITALAR   Origem:		Destino:	
<input type="checkbox"/> TRAUMA		<input type="checkbox"/> CLÍNICO	
<input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA DE ALTURA	<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA AO PARTO	<input type="checkbox"/> DISPNEIA
<input type="checkbox"/> COLISÃO	<input type="checkbox"/> SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> PARADA CARDIORESPIRATÓRIA	<input type="checkbox"/> CONVULSÃO
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE BICICLETA	<input type="checkbox"/> DESABAMENTO	<input type="checkbox"/> DISTÚRBO PSQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> DOR PRECORDIAL
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO FÍSICA	<input type="checkbox"/> QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> TENTATIVA DE SUICÍDIO	<input type="checkbox"/> DIABETES DESCOMP.
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO ARMA BRANCA	<input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO	<input type="checkbox"/> DESMAIO / SÍNCOPE	<input type="checkbox"/> CARDIOPATA
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO ARMA DE FOGO	<input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	<input type="checkbox"/> OUTROS _____

ACIDENTE DE TRABALHO	
<input type="checkbox"/> TÍPICO	<input type="checkbox"/> TRAJETO

ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO			
TIPO DE VEÍCULO	CONDIÇÃO DE SEGURANÇA	SITUAÇÃO	POSIÇÃO NO VEÍCULO
<input type="checkbox"/> 1 AUTOMÓVEL	1. USAVA CINTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> 1 À PÉ	<input type="checkbox"/> 1 CONDUTOR
<input type="checkbox"/> 2 MOTO	2. USAVA CAPACETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> 2 EM AUTO	<input type="checkbox"/> 2 BANCO DIANTEIRO
<input type="checkbox"/> 3 BICICLETA	3. NÃO OBSERVADO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 EM BICICLETA	<input type="checkbox"/> 3 BANCO TRASEIRO
<input type="checkbox"/> 4 ÔNIBUS		<input type="checkbox"/> 4 EM MOTO	<input type="checkbox"/> 4 GARUPA
<input type="checkbox"/> 5 CAMINHÃO		<input type="checkbox"/> 5 OUTROS	
<input type="checkbox"/> OUTRO _____			

PRINCIPAIS LESÕES												QUEIMADURA		
<input type="checkbox"/> SEM LESÃO APARENTEMENTE												<input type="checkbox"/>		
LOCAL/TIPO	CRÂNIO	FACE	PESCOÇO	DORSO	TÓRAX	LOMBAR	ABDM	BACIA	MIE	MID	MSE	MSD	 <input type="checkbox"/> TÉRMICA <input type="checkbox"/> QUÍMICA <input type="checkbox"/> ELÉTRICA	
1. ESCORIAÇÕES														
2. E. C. CONTUSO														
3. F. PERFURANTE														
4. CONTUSÃO														
5. FRATURA ABERTA														
6. FRATURA FECHADA														
7. QUEIMADURA														
8. OUTRO														

ESCALA DE GLASGOW ADULTO					
ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
<input type="checkbox"/> 4 ESPONTÂNEA	<input type="checkbox"/> 5 ORIENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> 6 OBEDECE COMANDOS			
<input type="checkbox"/> 3 À SOLICITAÇÃO	<input type="checkbox"/> 4 CONFUSO	<input type="checkbox"/> 5 LOCALIZA A DOR			
<input type="checkbox"/> 2 À DOR	<input type="checkbox"/> 3 PALAVRAS INAPROPRIADAS	<input type="checkbox"/> 4 RETIRADA A DOR			
<input type="checkbox"/> 1 AUSENTE	<input type="checkbox"/> 2 SONS	<input type="checkbox"/> 3 DECORTICAÇÃO			
	<input type="checkbox"/> 1 AUSENTE	<input type="checkbox"/> 2 DESCEREBRAÇÃO			
		<input type="checkbox"/> 1 AUSENTE			

PA	TEMPERATURA	PULSO	FR	SATO <sup>2</sup>	HGT

Endereço fornecido pela Central:				
Nº Ocorrência:		Méd. Reg.:		
KM	Horário	PA:	FC:	
S. Base:				
C. Local:		SAT:	HGT:	
S. Local:				
C. Hosp:		T:		
S. Hosp:				
C. Base:				
Medicação Prescrita:				
Nome do Paciente:				
			Idade:	



PREFEITURA DE ITABERAÍ



**SAMU  
192**

Endereço fornecido pela Central:				
Nº Ocorrência:		Méd. Reg.:		
KM	Horário	PA:	FC:	
S. Base:				
C. Local:		SAT:	HGT:	
S. Local:				
C. Hosp:		T:		
S. Hosp:				
C. Base:				
Medicação Prescrita:				
Nome do Paciente:				
			Idade:	



PREFEITURA DE ITABERAÍ



**SAMU  
192**



# DIARIO DE BORDO - CHECK-LIST

## SAMU

VEÍCULO		DATA ABERTURA		HORA:				
PLACA		DATA FECHAMENTO		HORA:				
MOTORISTA		ENFERMEIRO(A)						
TEC. ENFERAGEM		KM INICIAL		KM FINAL				
Nº	DATA SAÍDA	HORA SAÍDA	KM INICIAL	ORIGEM	DATA CHEGADA	HORA CHEGADA	KM CHEGADA	DESTINO
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
10								
11								



Secretaria Municipal  
de Saúde

PREFEITURA  
**Itaberai**

Nº	CHAVE DE RODA MACACO		4 PENEUS ESTEPE		ÁGUA OLEO		LATARIA PINTURA		HIGIENIZADO		FAROL SETAS		TANQUE COMBUSTIVEL					
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	1/4	1/2	3/4	CHEIO		
01																		
02																		
Nº	DATA		MOTORISTA				ATENTENDE				KM ABASTECIMENTO		QUANTIDADE LITROS				VALOR	
01																		
02																		
03																		
04																		
05																		
06																		
07																		



**Secretaria Municipal de Saúde**  
Rua 05 Qd. A - Jardim Cabral - CEP: 76.630-000 - Itaberai-GO  
**Telefone:** 0800 375-3978 **E-mail:** gabinetesms@itaberai.go.gov.br