

Anexo IA

Modelos dos materiais
gráficos



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - SAMV - 192

DATA	___/___/___
KM INICIAL	_____
KM FINAL	_____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	<input type="checkbox"/> VERMELHA	<input type="checkbox"/> AMARELA	<input type="checkbox"/> VERDE	<input type="checkbox"/> AZUL
------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

LOCAL OCORRÊNCIA	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> RODOVIA	<input type="checkbox"/> PS	<input type="checkbox"/> UBS	<input type="checkbox"/> _____
------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------------

ENDEREÇO: _____ NÚMERO: _____
 REFERÊNCIA: _____ CONTATO: _____

DADOS DA VÍTIMA:

NOME: _____ IDADE: _____ DN: ___/___/___
 ENDEREÇO: _____ NÚMERO: _____ BAIRRO: _____
 PAI: _____ MÃE: _____
 CNS: _____ RG: _____ CPF: _____

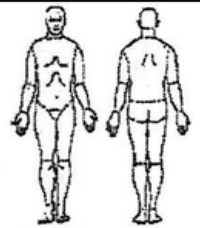
HORA CHAMADO	HORA TRANSMISSÃO	HORA SAÍDA	H CHEGADA LOCAL	H SAÍDA LOCAL	H CHEGADA HOSPITAL	H SAÍDA HOSPITAL	H RETORNO A BASE

TIPO ATENDIMENTO:

<input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> SUSPEITA IAM	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
<input type="checkbox"/> ACIDENTE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> SUSPEITA AVC	<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO	<input type="checkbox"/> HIPO/HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> OBSTETRÍCIA
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> QUEDA	<input type="checkbox"/> HIPO / HIPER GLICEMIA	<input type="checkbox"/> ALCOOLIZADO	<input type="checkbox"/> _____

SITUAÇÃO LOCAL	<input type="checkbox"/> MORTE ÓBVIA	<input type="checkbox"/> CHAMADO FALSO	<input type="checkbox"/> EVADIU-SE	<input type="checkbox"/> QTA	<input type="checkbox"/> _____
----------------	--------------------------------------	--	------------------------------------	------------------------------	--------------------------------

DESCRIÇÃO DA CENA: _____



AVALIAÇÃO PRIMÁRIA	VIA AÉREA LIBERADA		RESPIRAÇÃO		CIRCULAÇÃO		CONSCIENTE	
	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

PUPILAS	DIREITA	●	●	●	REATIVAS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
	ESQUERDA	●	●	●		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	SAT	DEXTRO	TEMPERATURA

PELE	<input type="checkbox"/> CORADA	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA	<input type="checkbox"/> QUENTE	<input type="checkbox"/> FRIA	<input type="checkbox"/> ICTÉRICA	<input type="checkbox"/> SUDOREICA
------	---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	<input type="checkbox"/> IAM	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> ASMA - BRONQUITE	<input type="checkbox"/> CONVULSÃO	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> CA
--------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	---	------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

MEDICAMENTO EM USO					
--------------------	--	--	--	--	--

ALERGIAS					
----------	--	--	--	--	--

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

<input type="checkbox"/> CÂNULA GUEDEL	<input type="checkbox"/> OXIGÊNIO	<input type="checkbox"/> OXIMETRIA	<input type="checkbox"/> ACESSO VENOSO	<input type="checkbox"/> RCP
<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL	<input type="checkbox"/> PRANCHA	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> TALAS
<input type="checkbox"/> CONTENÇÃO PSQ	<input type="checkbox"/> KIT PARTO	<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> APOIO USA	<input type="checkbox"/> _____

CONDUTA: _____

MÉDICO REGULADOR: _____

IDENTIFICAÇÃO DE EQUIPE APH: _____



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE VALINHOS

SECRETARIA DA SAÚDE

Rua Antônio Carlos, 301- Centro – Valinhos/SP | Fone: (19)3849.8000

ATESTADO

Horário de chegada____:____Hs Horário de Saída____:____Hs. O (A) Sr.
(a)_____ compareceu a esta Unidade de
Saúde para:

1. Consulta
4. Cirurgia Ambulatorial em ____/____/____
2. Acompanhar família
3. Realizar exames

Carimbo do profissional
com CRM ou CRO

INDISPENSÁVEL

- Nada apresenta que o impossibilite ao trabalho
- Deverá permanecer em repouso no horário acima
- Deverá permanecer em repouso no período da manhã
- Deverá permanecer em repouso no período da tarde
- Deverá permanecer em repouso no dia de hoje
- Deverá permanecer em repouso no período de ____ (____) dias
- No momento nada apresenta que o impossibilite atividades físicas ou desportiva.

Autorizo o profissional assistente a registrar o CID (Código Internacional de Doenças) neste Atestado.

CID: _____

Valinhos, ____ de _____ de _____

1. É proibido por Lei, justificar dias anteriores às consultas.
2. Seja cauteloso na emissão do Atestado
3. Afaste o paciente por tempo estritamente necessário
4. É vedado ao médico:
 - Fornecer Atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda a verdade;
 - Utilizar-se do ato de atestar como forma de angariar clientela;
 - Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal
 - O Atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração dos honorários.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE VALINHOS
SECRETARIA DA SAÚDE

CARTÃO DE AGENDAMENTO

UNIDADE: _____
NOME: _____
NASCIMENTO: _____ CPF: _____
CARTÃO SUS Nº: _____ PRONTUÁRIO: _____
ENDEREÇO: _____
BAIRRO: _____ TELEFONE: () _____

COMPARECIMENTOS À UNIDADE DE SAÚDE

DATA	RETORNO	ESPECIALIDADE	OBSERVAÇÕES

RETORNAR SEMPRE NAS DATAS MARCADAS TRAZENDO ESTE CARTÃO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE VALINHOS
SECRETARIA DA SAÚDE

CARTÃO DE AGENDAMENTO

UNIDADE: _____
NOME: _____
NASCIMENTO: _____ CPF: _____
CARTÃO SUS Nº: _____ PRONTUÁRIO: _____
ENDEREÇO: _____
BAIRRO: _____ TELEFONE: () _____

COMPARECIMENTOS À UNIDADE DE SAÚDE

DATA	RETORNO	ESPECIALIDADE	OBSERVAÇÕES

RETORNAR SEMPRE NAS DATAS MARCADAS TRAZENDO ESTE CARTÃO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE VALINHOS

SECRETARIA DA SAÚDE

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que o (a) Sr. (a) _____
portador do CPF Nº _____
permaneceu nessa unidade dia _____ das _____ às _____ hrs.
para fins de _____
_____.

Local e data

Assinatura e carimbo do profissional



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE VALINHOS

SECRETARIA DA SAÚDE

Rua Antônio Carlos, 301- Centro - Valinhos/SP | Fone: (19)3849.8000

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Nome do paciente: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

RG: _____

Órgão Emissor: _____

PRESCRIÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

RG: _____

Órgão Emissor: _____

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: _____

CRM: _____

OBRIGATÓRIO CARIMBO E ASSINATURA

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Data: ____/____/____ _____

ASSINATURA FARMACÊUTICO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE VALINHOS

SECRETARIA DA SAÚDE

Rua Antônio Carlos, 301- Centro - Valinhos/SP | Fone: (19)3849.8000

CENTRO DE ESPECIALIDADES

Cardiologia
Cirurgia Geral
Cirurgia Plástica
Cirurgia Vascular
Clínica Médica
Dermatologia
Endocrinologia
Fisioterapia
Gastroenterologia
Geriatria
Ginecologia
Neurocirurgia
Neurologia
Odontologia
Oftalmologia
Ortopedia
Otorrinolaringologia
Pneumologia
Psiquiatria
Reumatologia
Urologia

EXAMES

Ultrassonografia
Raio X
Lab. Análises Clínicas
Mamografia
Endoscopia
Colonoscopia
Eletrocardiograma
Eletroencefalograma

CEO (CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS)

Biópsia
Cirurgia
Pacientes Especiais
Periodontia
Tratamento Endodôntico

RECEITUÁRIO MÉDICO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE VALINHOS

SECRETARIA DA SAÚDE

Prontuário: _____

Nome: _____

Cartão SUS Nº: _____ SUS nº1

Idade: _____

CARIMBO DA UNIDADE

Sexo: () Feminino () Masculino

Data de Nascimento: ____/____/____

CID: _____

P0 () P1 () P2 () P3 ()

Justificativa: _____

Prova diagnóstica: _____

SADT 1: _____

SADT 2: _____

SADT 3: _____

SADT 4: _____

Data: ____/____/____

Carimbo e registro do profissional

Assinatura do usuário ou responsável



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE VALINHOS

ESTADO DE SÃO PAULO

REFERÊNCIA

PRIORIDADE: () P0 () P1 () P2 () P3

Data:_____/_____/_____ Período:_____

Consulta marcada por:_____na Central de Atendimento com_____

Local da consulta:_____ Unidade:_____ Data:____/____/_____

Hora:_____ Endereço:_____ nº _____ Bairro:_____

ESPECIALIDADE

ESPECIALIDADE

Nome:_____

Data de Nasc:____/____/_____

Nº do prontuário:_____

Quadro Clínico:

Consultas e exames realizados:

Diagnóstico e solicitações (Motivo do encaminhamento):

Médico - CRM

CONTRA REFERÊNCIA

NOME DA UNIDADE

Nome:_____

Nº do prontuário:_____

Data de Nasc:____/____/_____

Parecer da Especialidade (exames e tratamentos realizados):

Orientação ao paciente

Marcar nova consulta neste serviço: prazo_____

Marcar exames

Médico - CRM

Caso não possa comparecer à consulta ou ao exame, favor avisar.

Paço Municipal – Palácio Independência - Rua Antônio Carlos, 301 – Centro – Valinhos/SP - CEP 13270-000

Fone PABX: (3849-8000) www.valinhos.sp.gov.br