



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

**MODELOS DE DOCUMENTOS PADRONIZADOS PELO ÓRGÃO  
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 106/2026**

**Observação inicial:** alguns modelos apresentados neste documento poderão ser alterados pela Contratante durante a execução do Contrato. Portanto, para a confecção dos materiais, deverá ser utilizado como *template* o modelo final contido na Ordem de Serviço, servindo os modelos aqui dispostos apenas para uma referência inicial.

**Item 7**

**7.1. “Bloco de Declaração de Comparecimento ao Hospital e Maternidade Municipal São Miguel Arcanjo”:**



ESTADO DO PARANÁ  
Prefeitura Municipal de São Miguel do Iguaçu  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Nereu Ramos, 253 - Centro - CEP 85877-000 - Fone: (45) 3565-1776  
E-mail: [adm.saude@saomiguel.pr.gov.br](mailto:adm.saude@saomiguel.pr.gov.br)

**DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO**

Declaro, para devidos fins que o (a) Sr (a) \_\_\_\_\_

estive em consulta médica no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ às \_\_\_\_ : \_\_\_\_ horas


acompanhado pelo responsável: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
São Miguel do Iguaçu, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

**7.2. “Bloco de Declaração de Comparecimento”:**

  
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL  
SÃO MIGUEL ARCANJO  
Município de São Miguel do Iguaçu

**DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO**

Declaro para os devidos fins, a pedido que o (a)  
Sr(a) \_\_\_\_\_  
foi atendido (a) no hospital e maternidade municipal São Miguel  
Arcanjo no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ das \_\_\_\_:\_\_\_\_ até as \_\_\_\_:\_\_\_\_  
horas, acompanhado pelo responsável:  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do profissional de saúde

Rua Euclides da Cunha, 1345 – Centro / São Miguel do Iguaçu – Paraná / CEP 85877-000  
Fone: (45) 3565-8150  
Site: [www.saomiguel.pr.gov.br](http://www.saomiguel.pr.gov.br)



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

**7.3. “Bloco de Receituário Médico do Hospital e Maternidade Municipal São Miguel Arcanjo”:**



HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL  
SÃO MIGUEL ARCANJO  
RUA VÂNIO GHELLERE, Nº 64 - CENTRO - SÃO MIGUEL DO IGUAÇU - PR

NOME:

São Miguel do Iguaçu - Pr, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. Médico - N° CRM



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

**7.4. “Bloco de Receituário Médico”:**



ESTADO DO PARANÁ  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE



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

Dr.(a) \_\_\_\_\_

(carimbo)

Rua Nereu Ramos, 253 - Fone (45) 3565-1776 - CEP 85877-000 - São Miguel do Iguaçu - Paraná


**INDISPENSÁVEL A APRESENTAÇÃO DOS COMPROVANTES DE VACINAÇÃO**

Rua Vânio Ghellere, nº 64, Centro, São Miguel do Iguaçu/Paraná – CEP 85.877-000  
Fone: (45) 3565-8100; Fone Dep. de Licitações: (45) 3565-8139 – CNPJ 76.206.499/0001-50  
Site: [www.saomiguel.pr.gov.br](http://www.saomiguel.pr.gov.br) – e-mail: [governo@saomiguel.pr.gov.br](mailto:governo@saomiguel.pr.gov.br)



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

**7.5. “Bloco de Receituário de Atestado Médico do Hospital e Maternidade Municipal São Miguel Arcanjo”:**

**HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL  
SÃO MIGUEL ARCANJO**  
Município de São Miguel do Iguaçu

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins, a pedido que o (a)  
Sr(a) \_\_\_\_\_  
foi atendido (a) no Hospital e Maternidade Municipal São Miguel  
Arcanjo no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas, necessitando  
de \_\_\_\_\_ de afastamento.

CID \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico  
(Carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

Rua Euclides da Cunha, 1345 – Centro / São Miguel do Iguaçu – Paraná / CEP 85877-000  
Fone: (45) 3565-8150  
Site: [www.saomiguel.pr.gov.br](http://www.saomiguel.pr.gov.br)



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

**7.6. “Bloco de Receituário de Atestado Médico para Gestantes”:**



HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL  
SÃO MIGUEL ARCANJO  
MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU

ATESTO que a segurada \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, portadora da Carteira Profissional n°  
\_\_\_\_\_, Série \_\_\_\_\_, deverá afastar-se do  
trabalho por um período de \_\_\_\_\_ Semanas, a partir de  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_, em conformidade com o que dispõem o  
parágrafo 1° do Art. 392 da Consolidação das Leis do Trabalho e o  
Art. 3° do Decreto n° 75.207/75.

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Ass. Médico - N° CRM

210 milímetros

140, mm



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

7.7. "Bloco de Receituário de Atestado Médico":



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**  
DIVISÃO DE SAÚDE - POSTO DE SAÚDE MUNICIPAL

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o (a) Sr.(a) \_\_\_\_\_

Ident. ou Registro

foi atendido(a) \_\_\_\_\_

Clinica ou Serviço

do \_\_\_\_\_

Hospital - Ambulatório

no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, às \_\_\_\_ horas, necessitando de \_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

por extenso

dias de repouso, por motivo de doença.

C I D \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável

Local e Data

Assinatura do Médico/Odontólogo  
(Carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - Este atestado é válido para finalidades previstas no Artigo 27 de CLPS, aprovado pelo Decreto nº 89.312 de 23/01/84, e resolução CFM-1190 / 84 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

M S A - 57



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

**Item 8**

**8.1. “Bloco de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”:**



ESTADO DO PARANÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PARA REALIZAR TESTE RÁPIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a coleta de amostra(s) de sangue para a realização de teste(s) rápido(s) para o diagnóstico e triagem. Declaro que recebi o aconselhamento para a realização do teste. Informo que estou ciente que a coleta da amostra pode ser desconfortável e causar alguma dor; que este teste será feito em caráter sigiloso e que o resultado me será entregue por um profissional treinado para esta atividade; e que poderá haver necessidade de coletar mais uma amostra para a realização de testes adicionais necessários para a conclusão do meu diagnóstico. Foi (Foram) realizado(s) neste dia o(s) seguintes exames:

- ( ) teste rápido HIV
- ( ) teste rápido Sífilis
- ( ) teste rápido HBsAg
- ( ) teste rápido Anti - HCV

\_\_\_\_\_  
Usuário/Responsável

\_\_\_\_\_  
Profissional de Saúde

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Data - Local



# ESTADO DO PARANÁ

## MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU

### Item 9

#### 9.1. “Bloco de Estratificação de Risco em Saúde Mental”:

(Observação: não é perfurado)



ESTADO DO PARANÁ			
Secretaria de Estado da Saúde – SESA			
Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde – DAV			
Coordenadoria de Atenção à Saúde – COAS			
Divisão de Atenção à Saúde Mental – DVSAM			
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL – VERSÃO REDUZIDA			
Nome do usuário:		Número de Prontuário:	
Ocupação:			
Nome e inscrição profissional:			
Serviço de saúde:		Data:	
Instruções de preenchimento:			
Devem ser consideradas as manifestações sintomáticas ocorridas somente nos últimos 12 meses			
SINAIS E SINTOMAS		NÃO	SIM
GRUPO I	Ansiedade com ou sem sensação de pânico	0	4
	Insônia ou hipersonia	0	2
	Fobia (medo intenso de algo sem risco real)	0	2
	Crises conversivas e/ou dissociativas	0	2
	Alterações do apetite ou comportamento alimentar	0	2
	Preocupação excessiva com o peso ou forma corporal	0	2
	Hipocondria e/ou queixas físicas infundadas	0	2
	Pensamento/comportamento obsessivo-compulsivo	0	2
	Pensamento de inutilidade e/ou sentimento de culpa	0	4
	Tristeza persistente com perda de interesse e prazer e/ou desesperança	0	4
	Prejuízo da atividade sexual	0	2
	Desorientação temporal e/ou espacial	0	2
	GRUPO II	Ideação suicida sem planejamento	0
Ideação suicida com planejamento <sup>1</sup> ou recente tentativa de suicídio		0	10
Apatia com ou sem isolamento social		0	4
Humor instável com impulsividade ou destrutividade		0	6
Heteroagressividade e/ou autoagressividade		0	8
Desinibição social, sexual ou perda de pudor		0	4
Hiperatividade motora		0	4
Humor elevado, expansivo, irritável ou eufórico		0	4
Delírio (pensamento)		0	8
Alucinação (sensopercepção)		0	8
Alteração do curso e/ou da forma do pensamento		0	6
Perda da capacidade crítica da realidade		0	8
Alteração da memória		0	2
	Delirium tremens	0	10

<sup>1</sup> Caso o usuário apresente ideação suicida com planejamento e com acesso a um método, associado a um transtorno mental (especialmente depressão ou abuso de substâncias), desespero, presença de delírio ou alucinação ele deverá ser encaminhado imediatamente a serviço de urgência.



# ESTADO DO PARANÁ

## MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU



GRUPO III	Sinais ou sintomas de abstinência ao uso continuado de álcool e/ou drogas	0	8
	Incapacidade de redução e controle do consumo de álcool e/ou drogas	0	8
	Comportamento de risco, para si ou terceiros, sob efeito de álcool e/ou drogas	0	8
	Tolerância ao efeito do consumo de álcool e/ou drogas	0	6
	Uso abusivo de álcool e/ou drogas	0	8
GRUPO IV	Dificuldade de compreender e/ou transmitir informação verbal manifesta no desenvolvimento infantil.	0	4
	Movimentos corporais ou comportamentais repetitivos, bizarros ou paralisados	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades escolares	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades motoras	0	4
	Severa dificuldade na interação social e às mudanças na rotina	0	8
	Desatenção com interrupção prematura de tarefas e/ou deixando tarefas inacabadas	0	2
	Comportamento provocativo, desafiador e/ou opositor persistente	0	6
	Comportamentos ou reações emocionais que não correspondem ao esperado para a idade biológica	0	4
GRUPO V	Resistência, refratariedade, não adesão ao tratamento	0	4
	Recorrência ou recaída (após 2 meses de remissão dos sintomas)	0	4
	Exposição continuada ao estresse ou evento traumático	0	4
	Precariedade de suporte familiar e/ou social	0	4
	Testemunha de violência	0	2
	Autor ou Vítima de violência interpessoal	0	6
	Perda da autonomia	0	6
	Perda da capacidade funcional/ocupacional devido agravo de saúde	0	4
	Vulnerabilidade social	0	2
	Histórico familiar de transtorno mental / dependência química / suicídio	0	2
	Comorbidade ou outra condição crônica de saúde	0	4
	Faixa etária < 18 anos e > de 60 anos	0	6
	Abandono e/ou atraso escolar	0	2
PONTUAÇÃO		RISCO	
0 a 40		BAIXO RISCO	
42 a 70		MÉDIO RISCO	
72 a 240		ALTO RISCO	
		PONTUAÇÃO TOTAL:	
		ESTRATIFICAÇÃO:	
Condições Especiais	Gestação e maternidade recente (há menos de um ano); grupos vulneráveis (ex: Indígena, LGBTQIA+, migrante, pessoa em situação de rua, população exposta a agrotóxicos), deficiência intelectual moderada ou severa.		
Eventos agudos	Tentativa de suicídio; crise; surto psicótico.		

Autoria: Aline Pinto Guedes, Débora de F. Gueffé Wehrich, Flávia Caroline Figueira, Júlia Eliane Murta, Larissa Sayuri Yamaguchi, Maristela de Costa Sousa, Rejane Cristina Teixeira Tabuti, Suelen Letícia Gonçalves, Vanessa Carvalho de Souza Leal, Wladimir Cid Bastos Gonçalves.

Colaboradores: técnicos das Regionais de Saúde do Estado do Paraná e COSEMS.



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

9.2. “Bloco de Requisição de Parecer Médico”:

REQUISIÇÃO DE PARECER	
NOME _____	MATRÍCULA _____
DA CLÍNICA _____	ENFERMARIA <input type="text"/>
A CLÍNICA _____	LEITO <input type="text"/>
MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
DATA _____	ASS. DO MÉDICO CONSULTANTE _____
PARECER	
DATA _____	ASS. DO MÉDICO ESPECIALISTA _____

MSA-12



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

9.3. “Bloco de Termo de Vistoria de Viatura”:



**GUARDA MUNICIPAL  
SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

**Termo de Vistoria da Viatura**

VTR	DATA	TURNO	MOTORISTA	ASS. MOTOR.	INSP. DIA	ASS. INSPETOR

KM ATUAL

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

QUANTIDADE APROXIMADA DE COMBUSTÍVEL: ☐ Meio ☐ Cheio ☐ Reserva  
ÓLEO DE MOTOR: ☐ Nível ☐ Baixo  
ESTADO DOS PNEUS: ☐ Bom ☐ Ruim

**DADOS DO VEÍCULO**

Quant.	Tem	Não tem	Descrição	Quant.	Tem	Não tem	Descrição
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rádio transmissor / mike	02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cones
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pneu estepe	02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prancheta
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Macaco	04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Porta tudo em polipropileno
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chave de rodas	01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fita p/ isolam. em plástico (rolo c/ 200m)
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Triângulo	01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kit de primeiros socorros
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extintor de incêndio				

**RELAÇÃO DO KIT DE PRIMEIROS SOCORROS**

Quant.	Tem	Não tem	Descrição	Quant.	Tem	Não tem	Descrição
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chumaco de algodão	02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataduras de crepom 10cm
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rolo esparadrapo	02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataduras de crepom 20cm
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pares de luvas hipodérm.	02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clamps. (p/cordão umbilical)
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tesoura descartável	04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Campo fenestrado

COM OU SEM ALTERAÇÃO CONFORME M. L. \_\_\_\_\_

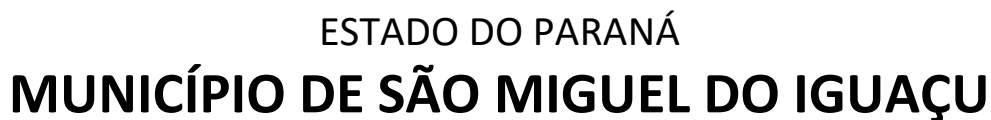
TURNO	MOTORISTA	ASS. MOTOR.	COM OU SEM ALTERAÇÃO CONFORME M.L. _____

**LEMBRETE:**

- Verifique sempre que possível a pressão dos pneus
  - Lance corretamente os abastecimentos na ficha de movimentação
  - Verifique o nível da água da bateria
  - Verifique o nível do fluido dos freios
  - O presente termo deve permanecer na viatura, tendo início à 00:00h
- Recolhido após às 24:00h

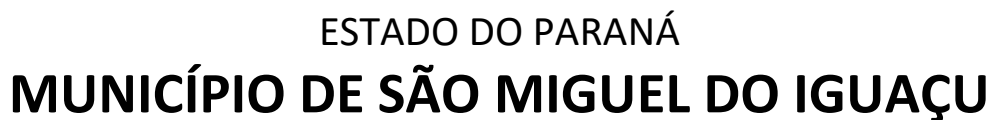
**OUTRAS OBSERVAÇÕES ADICIONAIS, “SE HOUVER”:**


Obs.: A conferência da condição do material é obrigação do motorista que está ingressando em serviço, com a supervisão do Inspetor do dia.  
Toda irregularidade deve ser comunicada “imediatamente” ao Inspetor do dia.



**10.1. Bloco de Prontuário de Atendimento Médico do Hospital e Maternidade Municipal São Miguel Arcanjo”:**

[illegible]



Prefeitura Municipal de São Miguel do Iguaçu  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA GERAL DE ATENDIMENTO		
UBS/USF:	Nº CARTÃO DO SUS: _____	
NOME:	DATA NASC.: _____	SEXO: _____
CÔNJUGE OU RESP.:	ESCOLARIDADE: _____	EST. CIVIL: _____
ENDEREÇO:	NATURALIDADE: _____	
PROFISSÃO:	TELEFONE: _____	

[illegible]

## Item 11

### 11.1. “Bloco de Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica”:

**BRASIL**  
Ministério da Saúde  
ANVISA  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
SUS  
Sistema Único de Saúde  
Patient Safety  
Segurança do Paciente  
World Health Organization

# Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

**Antes da indução anestésica**  
(Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico)

O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento e seu consentimento?

☐ Sim

O local está demarcado?

☐ Sim

☐ Não aplicável

Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiológico e da medicação?

☐ Sim

O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?

☐ Sim

O paciente possui:

Alergia conhecida?

☐ Não

☐ Sim

Via aérea difícil ou risco de aspiração?

☐ Não

☐ Sim, e equipamentos/sustentáculos disponíveis

Risco de perda sanguínea > 500 ml (7 ml/kg para crianças)?

☐ Não

☐ Sim, e 2 acessos endovenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos

**Antes da incisão cirúrgica**  
(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e do cirurgião)

Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função

☐ Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão

A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?

☐ Sim

☐ Não aplicável

**Prevenção de Eventos Críticos**

Para o Cirurgião:

Quais são as etapas críticas ou não rotineiras?

Qual a duração do caso?

Qual a quantidade de perda de sangue prevista?

Para o Anestesiológico:

Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?

Para a Equipe de Enfermagem:

Foi confirmada a esterilização (incluindo os resultados dos indicadores)?

Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

**Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?**

☐ Sim

☐ Não aplicável

**Antes da saída do paciente da sala cirúrgica**  
(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e do cirurgião)

O membro da equipe de enfermagem confirma verbalmente:

☐ O nome do procedimento

☐ A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas

☐ A identificação das amostras (ver as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)

☐ Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos

**Para o Cirurgião, o Anestesiológico e a Equipe de Enfermagem:**

Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?

Aliviar o Windows  
Adaptar Configurações para

Revisado 1/2012 © WHO, 2012

Esta lista não pretende ser exaustiva. Acréscimos e modificações para a adaptação à prática local são incentivados.



# ESTADO DO PARANÁ

## MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU

### Item 12

#### 12.1. “Bloco de Formulário de Atendimento de Vítima do SIATE”:

**RAS - RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DO SOCORRISTA**  
Corpo de Bombeiros Militar do Paraná - Por uma vida todo sacrifício é dever!

Nº CONTROLE / 9º GB: \_\_\_\_\_

**EQUIPE DE ATENDIMENTO**  
CONDUTOR: \_\_\_\_\_  
SOCORRISTA 1: \_\_\_\_\_  
SOCORRISTA 2: \_\_\_\_\_

**1. NATUREZA OU EVENTO**  
☐ Colisão: \_\_\_\_\_  
☐ Queda pessoa mesmo nível  
☐ Queda de veículo  
☐ Lesão física  
☐ Problema clínico: \_\_\_\_\_  
☐ Agressão  
☐ Queda de pessoa plano elevado  
☐ Atropelamento  
☐ Ferimento por objeto cortante  
☐ Capotamento  
☐ Choque contra anteparo  
☐ FAB - Ferimento arma branca  
☐ FAF - Ferimento arma de fogo  
☐ Queda de objeto sobre pessoa  
☐ Saída de pista  
☐ Outro: \_\_\_\_\_  
☐ AMUVI: \_\_\_\_\_

**RAS**

1.1 DATA: \_\_\_\_\_ 1.2 HORA: \_\_\_\_\_ 1.3 ENDEREÇO / MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

2. NOME DA VÍTIMA: \_\_\_\_\_ 2.1 R.G. / SSP: \_\_\_\_\_

3. SEXO: ☐ M ☐ F 4. IDADE: \_\_\_\_\_ 5. CÓDIGO DA VÍTIMA: ☐ Ileso ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 - Óbito

6. ABERTURA OCULAR: ☐ 4 Espontânea ☐ 3 A voz ☐ 2 A dor ☐ 1 Ausente

7. RESPOSTA VERBAL: ☐ 5 Orientado ☐ 4 Confuso ☐ 3 Desconexo ☐ 2 Incompreensível ☐ 1 Ausente

8. RESPOSTA MOTORA: ☐ 6 Obedece a comandos ☐ 5 Apropriada a dor ☐ 4 Retirada a dor ☐ 3 Flexora ☐ 2 Extensora ☐ 1 Ausente

9. SINAIS VITAIS: F.C. \_\_\_\_\_ % Sat. O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_  
F.R. \_\_\_\_\_ Temp. \_\_\_\_\_  
P.A. (S) \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ P.A. (D) \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

☐ ABC - verificação dos sinais vitais ☐ Encaminhamento suporte aeromédico ☐ Manutenção de temperatura corporal  
☐ Amputação (procedimento médico) ☐ Entubação endotraqueal (procedimento médico) ☐ Massagem cardíaca  
☐ Assepsia ☐ Entubação nasotraqueal (procedimento médico) ☐ Medicação endovenosa (procedimento médico)  
☐ Atendimento obstétrico ☐ Entubação orotraqueal (procedimento médico) ☐ Medicação intramuscular (procedimento médico)  
☐ Auxílio ao parto ☐ Imobilização com collar cervical ☐ Monitorização cardíaca  
☐ Cânula nasofaríngea (procedimento médico) ☐ Imobilização com colete dorsal ☐ Oxigenoterapia  
☐ Cânula orofaríngea ☐ Imobilização com tala inflexível ☐ Permeabilidade de vias aéreas (desobstrução)  
☐ Cardioversão (procedimento médico) ☐ Imobilização com tala papelão ☐ Punção da Membrana cricóideica  
☐ Contenção da vítima ☐ Imobilização com tala rígida ☐ Punção venosa (procedimento médico)  
☐ Controle de hemorragia ☐ Imobilização com traço de fêmur ☐ Toracocentese com agulha (procedimento médico)  
☐ Cricotireoidostomia (procedimento médico) ☐ Imobilização com uso de bandagem ☐ Transporte aeromédico  
☐ Curativo ☐ Imobilização em tábua ☐ Transporte ao hospital  
☐ Desfibrilação (DEA) ☐ Imobilizador lateral de cabeça ☐ Traqueostomia (procedimento médico)  
☐ Drenagem torácica (procedimento médico) ☐ Liberação de vítimas presa em ferragens/máquina ☐ Ventilação assistida

**12. INTERCORRÊNCIAS / OBSERVAÇÕES / PERTENCES / APOIO / DEMAIS DADOS**

**PRINCIPAIS LESÕES**

	Cefálica	Face	Tronco	Costas	Tórax	Adoma	Prélio	M.E.D.	M.S.E.	M.I.D.	M.I.E.
Avulsão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contusões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escoriações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esmagamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ferimento incisivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ferimento perfurante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ferim. corte-coturno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fratura aberta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fratura fechada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laceração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luxação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paralisia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queimadura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suspeita de fratura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PLACAS**  
\_\_\_\_\_

**HOSPITAL / UNIDADE DE SAÚDE**  
LOCAL: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
FUNÇÃO/CRM: \_\_\_\_\_  
ASSINATURA / CARIMBO: \_\_\_\_\_

**RECUSA DE ATEND. OU TRANSP.**  
☐ Vítima/Responsável  
☐ Testemunha  
NOME: \_\_\_\_\_  
ASSINATURA: \_\_\_\_\_



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

**Item 13**

13.1. “Bloco de Receituário do Centro de Especialidades Odontológicas”:

ESTADO DO PARANÁ  
Prefeitura Municipal de São Miguel do Iguaçu

**RECEITUÁRIO**

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



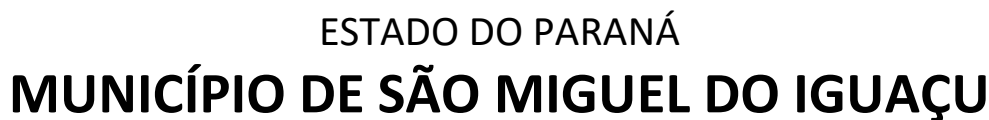
# ESTADO DO PARANÁ

## MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU

### 13.2. "Bloco de Receituário para Requisição de Exames":

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU REQUISICÃO / RESULTADOS DE EXAMES	
Unidade: _____	Nome: _____
Data in: ____/____/____	Data: ____/____/____
[ ] ROTINA [ ] URGÊNCIA	
<b>BIOQUÍMICA</b> [ ] ACIDO URICO [ ] AMILASE [ ] BILIRRUBINAS [ ] COLESTEROL E FRAÇÕES [ ] FOSFATASE ALCALINA [ ] CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA [ ] GLICOSE PÓS PRADIAL [ ] TGO (AST) [ ] TRIGLICÉRIDEOS [ ] URÉIA [ ] SÓDIO [ ] HEMOGLOBINA GLICOSADA [ ] PROTEÍNA E FRAÇÕES [ ] FERRETINA	<b>BIOQUÍMICA</b> [ ] GLICOSE [ ] GAMA GT [ ] CREATININA [ ] CLEARENSE DE CREATINA [ ] LIPASE [ ] TGP (ALT) [ ] CPK [ ] LDH [ ] CÁLCULO IÔNICO [ ] POTÁSSIO [ ] FERRO SÉRICO
<b>URINA</b> [ ] PARCIAL C/ BACTERIOSCOPIA [ ] UROCULTURA C/ ANTIBIOGRAMA	<b>URINA</b> [ ] PARCIAL C/ BACTERIOSCOPIA [ ] UROCULTURA C/ ANTIBIOGRAMA
<b>FEZES</b> [ ] PARASITOLÓGICO [ ] PARASITOLÓGICO MIF (3 AMOSTRAS) [ ] COPROCULTURA [ ] C/ ANTIBIOGRAMA [ ] PESQ SANGUE OCULTO	<b>FEZES</b> [ ] PARASITOLÓGICO [ ] PARASITOLÓGICO MIF (3 AMOSTRAS) [ ] PH [ ] COPROCULTURA [ ] C/ ANTIBIOGRAMA [ ] PESQ SANGUE OCULTO
<b>HORMÔNIOS</b> [ ] TSH [ ] LH [ ] FSH [ ] T4-LIVRE [ ] T4 [ ] ESTRADIOL [ ] ANTI-CORPO ANTI-MICROSSOMAL [ ] ANTI-CORPO ANTI-TIREOGLOBULINA [ ] PSA L [ ] PSA t [ ] ANDRESTENEDIONA [ ] PROLACTINA [ ] OUTROS	<b>HORMÔNIOS</b> [ ] TSH [ ] LH [ ] FSH [ ] T4-LIVRE [ ] T4 [ ] ESTRADIOL [ ] ANTI-CORPO ANTI-MICROSSOMAL [ ] ANTI-CORPO ANTI-TIREOGLOBULINA [ ] PSA L [ ] PSA t [ ] ANDRESTENEDIONA [ ] PROLACTINA [ ] OUTROS
<b>HEMATOLOGIA</b> [ ] HEMOGRAMA [ ] TIPOAGEM SANGÜÍNEA [ ] VHS [ ] RETICULÓCITOS	<b>HEMATOLOGIA</b> [ ] HEMOGRAMA [ ] TIPOAGEM SANGÜÍNEA [ ] VHS [ ] RETICULÓCITOS
<b>COAGULAÇÃO</b> [ ] TAP [ ] KPTT [ ] PLAQUETAS [ ] RETRAÇÃO DO COÁGULO [ ] TS; TC	<b>COAGULAÇÃO</b> [ ] TAP [ ] KPTT [ ] PLAQUETAS [ ] RETRAÇÃO DO COÁGULO [ ] TS; TC
<b>SOROLOGIA</b> [ ] ASO [ ] LUES / VDRL [ ] RUBÉOLA IgG, IgM [ ] TOXOPLASMOSE IgG, IgM [ ] CHLAMYDIA IgA, IgG [ ] HEPATITE B: [ ] HbsAg [ ] Anti-Hbs [ ] Anti-Hbe [ ] HAV IgG [ ] HCV	<b>SOROLOGIA</b> [ ] ASO [ ] LUES / VDRL [ ] RUBÉOLA IgG, IgM [ ] TOXOPLASMOSE IgG, IgM [ ] CHLAMYDIA IgA, IgG [ ] HEPATITE B: [ ] HbsAg [ ] Anti-Hbs [ ] Anti-Hbe [ ] HAV IgG [ ] HCV
TOTAL EXAMES: _____	
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	





### 15.1. "Formulário de Atendimento do SAMU":

[illegible]





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU  
Secretaria Municipal de Saúde

0000-13

REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO

Data:    /    /    Horário:    :

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

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

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

Motivo do Atendimento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Profissional Responsável Pelo Encaminhamento

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


DESTACAR E DEVOLVER PARA UNIDADE DE REFERÊNCIA

CONTRA-REFERÊNCIA

Data do Atendimento:    /    /    Horário:    :

Local do Atendimento: \_\_\_\_\_

Registro do Atendimento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU</b> Secretaria Municipal de Saúde	Volver via 10043
<b>REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO</b>	
Data: ____/____/____	Horário: _____
Paciente:	
De:	
Para:	
Motivo do Atendimento:	
Profissional Responsável Pelo Encaminhamento	
Destacar e devolver para unidade de Referência	
<b>CONTRA-REFERÊNCIA</b>	
Data do Atendimento: ____/____/____	Horário: _____
Local do Atendimento:	
registro do Atendimento:	



# ESTADO DO PARANÁ

## MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU

### 15.3. “Bloco de Referência e Contra-Referência para Atendimento no Centro de Especialidades Odontológicas”:

ENCAMINHAMENTO	CONTRA-REFERÊNCIA	TRATAMENTO REALIZADO NO CEO	RETORNO NA UNIDADE DE SAÚDE DE ORIGEM
<p>Data do encaminhamento: ____/____/____</p> <p>Especialidade: ( ) Endodontia ( ) Cirurgia ( ) Prótese ( ) Periodontia ( ) Paciente especial</p> <p>Dente ou região: _____</p> <p>Queixa principal do paciente (descrever os sintomas ou lesões, tipo de dor ou incômodo, inclusive estético, etc): _____</p>	<p><b>CONTRA-REFERÊNCIA</b></p> <p>Nome do cirurgião-dentista responsável pelo tratamento: _____</p> <p>Carimbo (com número do CRO) e assinatura: _____</p> <p>Data da conclusão: ____/____/____</p> <p>Descrição do tratamento realizado ou informações a respeito do diagnóstico definitivo: _____</p>	<p><b>TRATAMENTO REALIZADO NA UNIDADE DE SAÚDE</b></p> <p>( ) Apenas exame ( ) Medicação prescrita: _____</p> <p>( ) exame radiográfico ( ) Outro: _____</p> <p>Se encaminhado para PERIODONTIA: ( ) Orientação de higiene ( ) Profilaxia ( ) Raspagem supragengival ( ) Raspagem subgengival</p> <p>Se encaminhado para ENDODONTIA: ( ) Pulpotomia + curativo. Medicamento intracanal: _____ Data(s): ____/____/____</p> <p>( ) Biopulpecto + curativo. Medicamento intracanal: _____ Data(s): ____/____/____</p> <p>( ) Necropulpecto + curativo. Medicamento intracanal: _____ Data(s): ____/____/____</p> <p>Obs.: Enquanto o paciente aguarda o atendimento no CEO, a preservação do caso (ex: troca de curativos, alívio da dor, etc) é de responsabilidade do profissional da Atenção Básica.</p>	<p><b>REFERÊNCIA</b></p> <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU SECRETARIA MUNICIPAL</p> <p>Rua Cascavel, 152 - Anexo ao Pronto Atendimento Fone: (45) 3565-2465</p> <p>Nome: _____ Idade: _____ anos ou _____ meses. Gênero: ( ) masculino ( ) feminino</p> <p>Nome do responsável (quando menor ou especial): _____</p> <p>Endereço completo: Rua/Av/Tr. _____ Número _____ Bairro _____ Fone(s) _____</p> <p>Obs.: É obrigatório que o paciente encaminhado tenha sido atendido em Unidade de Saúde do município (Atenção Básica) e o atendimento deve estar registrado no MDC movimento diário de consultas.</p> <p>Unidade de Saúde: _____ Fone: _____</p> <p>Nome do cirurgião-dentista responsável pelo encaminhamento: _____</p> <p>Carimbo (com número do CRO) e assinatura: _____</p>



# ESTADO DO PARANÁ

## MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU

### Item 16

#### 16.1. “Bloco de Fiscalização Municipal”:

Prefeitura Municipal de São Miguel do Iguaçu	
FISCALIZAÇÃO MUNICIPAL Nº 1150	
( ) NOTIFICAÇÃO ( ) AUTO DE INFRAÇÃO ( ) APREENSÃO ( )	
NOME: _____	
ENDEREÇO: _____	
ATIVIDADE: _____	
LOCAL DA OCORRÊNCIA: _____	
Referente: _____	
_____	
_____	
Fundamentação legal: _____	
_____	
Recolher junto ao Município de São Miguel do Iguaçu-Pr, até o dia _____	
A importância de R\$ _____	
conforme identificação da penalidade acima descrita.	
São Miguel do Iguaçu - Pr, _____	
NOTIFICADO/AUTUADO	FISCALIZAÇÃO
TESTEMUNHA	TESTEMUNHA

Prefeitura Municipal de São Miguel do Iguaçu	
FISCALIZAÇÃO MUNICIPAL Nº 1150	
( ) NOTIFICAÇÃO ( ) AUTO DE INFRAÇÃO ( ) APREENSÃO ( )	
NOME: _____	
ENDEREÇO: _____	
ATIVIDADE: _____	
LOCAL DA OCORRÊNCIA: _____	
Referente: _____	
_____	
_____	
Fundamentação legal: _____	
_____	
Recolher junto ao Município de São Miguel do Iguaçu-Pr, até o dia _____	
A importância de R\$ _____	
conforme identificação da penalidade acima descrita.	
São Miguel do Iguaçu - Pr, _____	
NOTIFICADO/AUTUADO	FISCALIZAÇÃO
TESTEMUNHA	TESTEMUNHA

Prefeitura Municipal de São Miguel do Iguaçu	
FISCALIZAÇÃO MUNICIPAL Nº 1150	
( ) NOTIFICAÇÃO ( ) AUTO DE INFRAÇÃO ( ) APREENSÃO ( )	
NOME: _____	
ENDEREÇO: _____	
ATIVIDADE: _____	
LOCAL DA OCORRÊNCIA: _____	
Referente: _____	
_____	
_____	
Fundamentação legal: _____	
_____	
Recolher junto ao Município de São Miguel do Iguaçu-Pr, até o dia _____	
A importância de R\$ _____	
conforme identificação da penalidade acima descrita.	
São Miguel do Iguaçu - Pr, _____	
NOTIFICADO/AUTUADO	FISCALIZAÇÃO
TESTEMUNHA	TESTEMUNHA



# ESTADO DO PARANÁ

## MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU

### Item 17

#### 17.1. “Bloco de Resultado de Exame Médico-Pericial”:

Prefeitura Municipal de São Miguel do Iguaçu		Resultado de Exame Médico-Pericial	
Servidor:		Matrícula:	
Lotação:		Local e data:	
O resultado da perícia médica a que o servidor/familiar se submeteu, nesta data, para fins de licença, está indicando na conclusão:		<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Prorrogação	
<input type="checkbox"/> TIPO 1: Não existe incapacidade para o trabalho, sendo considerado apto. Negada a solicitação de licença ao servidor.		<input type="checkbox"/> TIPO 2: Incapacidade até ____/____/____. O servidor deverá reassumir ao trabalho no dia imediato a essa data. Este comunicado vale como atestado de alta.	
<input type="checkbox"/> TIPO 3: Licença por 120 (cento e vinte) dias para repouso à gestante, a partir de ____/____/____, devendo reassumir no dia imediato após o término deste período.		<input type="checkbox"/> TIPO 4: Licença por ____ (____) dias, a partir de ____/____/____, devendo apresentar-se novamente à perícia médica 3 (três) dias antes do término desta licença.	
Período de afastamento: De ____/____/____ a ____/____/____.		Médico examinador: _____ Assinatura e carimbo do médico examinador	
Ciente: _____ Assinatura do servidor		Médico auditor: _____ Assinatura e carimbo do médico auditor	
1ª Via: Prontuário do servidor.		2ª Via: Servidor. 3ª Via: Anexada à folha de frequência do servidor.	

Prefeitura Municipal de São Miguel do Iguaçu		Resultado de Exame Médico-Pericial	
Servidor:		Matrícula:	
Lotação:		Local e data:	
O resultado da perícia médica a que o servidor/familiar se submeteu, nesta data, para fins de licença, está indicando na conclusão:		<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Prorrogação	
<input type="checkbox"/> TIPO 1: Não existe incapacidade para o trabalho, sendo considerado apto. Negada a solicitação de licença ao servidor.		<input type="checkbox"/> TIPO 2: Incapacidade até ____/____/____. O servidor deverá reassumir ao trabalho no dia imediato a essa data. Este comunicado vale como atestado de alta.	
<input type="checkbox"/> TIPO 3: Licença por 120 (cento e vinte) dias para repouso à gestante, a partir de ____/____/____, devendo reassumir no dia imediato após o término deste período.		<input type="checkbox"/> TIPO 4: Licença por ____ (____) dias, a partir de ____/____/____, devendo apresentar-se novamente à perícia médica 3 (três) dias antes do término desta licença.	
Período de afastamento: De ____/____/____ a ____/____/____.		Médico examinador: _____ Assinatura e carimbo do médico examinador	
Ciente: _____ Assinatura do servidor		Médico auditor: _____ Assinatura e carimbo do médico auditor	
1ª Via: Prontuário do servidor.		2ª Via: Servidor. 3ª Via: Anexada à folha de frequência do servidor.	

Prefeitura Municipal de São Miguel do Iguaçu		Resultado de Exame Médico-Pericial	
Servidor:		Matrícula:	
Lotação:		Local e data:	
O resultado da perícia médica a que o servidor/familiar se submeteu, nesta data, para fins de licença, está indicando na conclusão:		<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Prorrogação	
<input type="checkbox"/> TIPO 1: Não existe incapacidade para o trabalho, sendo considerado apto. Negada a solicitação de licença ao servidor.		<input type="checkbox"/> TIPO 2: Incapacidade até ____/____/____. O servidor deverá reassumir ao trabalho no dia imediato a essa data. Este comunicado vale como atestado de alta.	
<input type="checkbox"/> TIPO 3: Licença por 120 (cento e vinte) dias para repouso à gestante, a partir de ____/____/____, devendo reassumir no dia imediato após o término deste período.		<input type="checkbox"/> TIPO 4: Licença por ____ (____) dias, a partir de ____/____/____, devendo apresentar-se novamente à perícia médica 3 (três) dias antes do término desta licença.	
Período de afastamento: De ____/____/____ a ____/____/____.		Médico examinador: _____ Assinatura e carimbo do médico examinador	
Ciente: _____ Assinatura do servidor		Médico auditor: _____ Assinatura e carimbo do médico auditor	
1ª Via: Prontuário do servidor.		2ª Via: Servidor. 3ª Via: Anexada à folha de frequência do servidor.	



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

**Itens 24 e 25**

22.1. Confeção de envelope com timbre do Município formato 18 cm x 24 cm.

23.1. Confeção de envelope com timbre do Município formato 24 cm x 34 cm.



Rua Vário Ghellere, 64 – Centro – Fone: (45) 3565-8100 – CEP: 85.877-000 – São Miguel do Iguaçu – Paraná  
CNPJ: 76.206.499/0001-50 – Site: <http://www.saomiguel.pr.gov.br> – E-mail: [administracao@saomiguel.pr.gov.br](mailto:administracao@saomiguel.pr.gov.br)

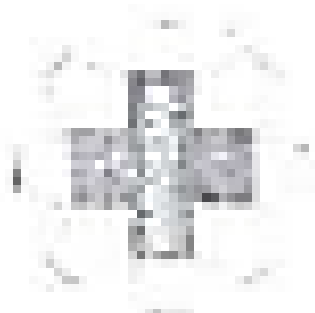


ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

**Item 26**

**26.1. “Etiqueta de Identificação de Equipo”:**

DATA: \_\_\_\_\_  
VENC.: \_\_\_\_\_  
ASS: \_\_\_\_\_





# ESTADO DO PARANÁ

## MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU

### Item 27

#### 27.1. “Etiquetas Entomológicas”:

##### DENGUE/ENTOMOLOGIA

N.º da amostra: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Estrato: \_\_\_\_\_  
Quart.: \_\_\_\_\_ Casa n.º: \_\_\_\_\_  
Rua: \_\_\_\_\_  
Depósito: \_\_\_\_\_  
Código do depósito: \_\_\_\_\_  
N.º de Larva: \_\_\_\_\_ Pupas: \_\_\_\_\_  
Agente: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Laboratório: n.º de larvas/Pupas \_\_\_\_\_  
Ae aegypti: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Ae. Albopictus: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Outros: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_

##### DENGUE/ENTOMOLOGIA

N.º da amostra: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Estrato: \_\_\_\_\_  
Quart.: \_\_\_\_\_ Casa n.º: \_\_\_\_\_  
Rua: \_\_\_\_\_  
Depósito: \_\_\_\_\_  
Código do depósito: \_\_\_\_\_  
N.º de Larva: \_\_\_\_\_ Pupas: \_\_\_\_\_  
Agente: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Laboratório: n.º de larvas/Pupas \_\_\_\_\_  
Ae aegypti: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Ae. Albopictus: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Outros: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_

##### DENGUE/ENTOMOLOGIA

N.º da amostra: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Estrato: \_\_\_\_\_  
Quart.: \_\_\_\_\_ Casa n.º: \_\_\_\_\_  
Rua: \_\_\_\_\_  
Depósito: \_\_\_\_\_  
Código do depósito: \_\_\_\_\_  
N.º de Larva: \_\_\_\_\_ Pupas: \_\_\_\_\_  
Agente: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Laboratório: n.º de larvas/Pupas \_\_\_\_\_  
Ae aegypti: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Ae. Albopictus: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Outros: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_

##### DENGUE/ENTOMOLOGIA

N.º da amostra: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Estrato: \_\_\_\_\_  
Quart.: \_\_\_\_\_ Casa n.º: \_\_\_\_\_  
Rua: \_\_\_\_\_  
Depósito: \_\_\_\_\_  
Código do depósito: \_\_\_\_\_  
N.º de Larva: \_\_\_\_\_ Pupas: \_\_\_\_\_  
Agente: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Laboratório: n.º de larvas/Pupas \_\_\_\_\_  
Ae aegypti: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Ae. Albopictus: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Outros: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_

##### DENGUE/ENTOMOLOGIA

N.º da amostra: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Estrato: \_\_\_\_\_  
Quart.: \_\_\_\_\_ Casa n.º: \_\_\_\_\_  
Rua: \_\_\_\_\_  
Depósito: \_\_\_\_\_  
Código do depósito: \_\_\_\_\_  
N.º de Larva: \_\_\_\_\_ Pupas: \_\_\_\_\_  
Agente: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Laboratório: n.º de larvas/Pupas \_\_\_\_\_  
Ae aegypti: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Ae. Albopictus: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Outros: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_

##### DENGUE/ENTOMOLOGIA

N.º da amostra: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Estrato: \_\_\_\_\_  
Quart.: \_\_\_\_\_ Casa n.º: \_\_\_\_\_  
Rua: \_\_\_\_\_  
Depósito: \_\_\_\_\_  
Código do depósito: \_\_\_\_\_  
N.º de Larva: \_\_\_\_\_ Pupas: \_\_\_\_\_  
Agente: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Laboratório: n.º de larvas/Pupas \_\_\_\_\_  
Ae aegypti: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Ae. Albopictus: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Outros: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_

##### DENGUE/ENTOMOLOGIA

N.º da amostra: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Estrato: \_\_\_\_\_  
Quart.: \_\_\_\_\_ Casa n.º: \_\_\_\_\_  
Rua: \_\_\_\_\_  
Depósito: \_\_\_\_\_  
Código do depósito: \_\_\_\_\_  
N.º de Larva: \_\_\_\_\_ Pupas: \_\_\_\_\_  
Agente: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Laboratório: n.º de larvas/Pupas \_\_\_\_\_  
Ae aegypti: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Ae. Albopictus: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Outros: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_

##### DENGUE/ENTOMOLOGIA

N.º da amostra: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Estrato: \_\_\_\_\_  
Quart.: \_\_\_\_\_ Casa n.º: \_\_\_\_\_  
Rua: \_\_\_\_\_  
Depósito: \_\_\_\_\_  
Código do depósito: \_\_\_\_\_  
N.º de Larva: \_\_\_\_\_ Pupas: \_\_\_\_\_  
Agente: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Laboratório: n.º de larvas/Pupas \_\_\_\_\_  
Ae aegypti: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Ae. Albopictus: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Outros: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_

##### DENGUE/ENTOMOLOGIA

N.º da amostra: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Estrato: \_\_\_\_\_  
Quart.: \_\_\_\_\_ Casa n.º: \_\_\_\_\_  
Rua: \_\_\_\_\_  
Depósito: \_\_\_\_\_  
Código do depósito: \_\_\_\_\_  
N.º de Larva: \_\_\_\_\_ Pupas: \_\_\_\_\_  
Agente: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Laboratório: n.º de larvas/Pupas \_\_\_\_\_  
Ae aegypti: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Ae. Albopictus: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Outros: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_

##### DENGUE/ENTOMOLOGIA

N.º da amostra: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Estrato: \_\_\_\_\_  
Quart.: \_\_\_\_\_ Casa n.º: \_\_\_\_\_  
Rua: \_\_\_\_\_  
Depósito: \_\_\_\_\_  
Código do depósito: \_\_\_\_\_  
N.º de Larva: \_\_\_\_\_ Pupas: \_\_\_\_\_  
Agente: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Laboratório: n.º de larvas/Pupas \_\_\_\_\_  
Ae aegypti: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Ae. Albopictus: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Outros: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_

##### DENGUE/ENTOMOLOGIA

N.º da amostra: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Estrato: \_\_\_\_\_  
Quart.: \_\_\_\_\_ Casa n.º: \_\_\_\_\_  
Rua: \_\_\_\_\_  
Depósito: \_\_\_\_\_  
Código do depósito: \_\_\_\_\_  
N.º de Larva: \_\_\_\_\_ Pupas: \_\_\_\_\_  
Agente: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Laboratório: n.º de larvas/Pupas \_\_\_\_\_  
Ae aegypti: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Ae. Albopictus: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Outros: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_

##### DENGUE/ENTOMOLOGIA

N.º da amostra: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Estrato: \_\_\_\_\_  
Quart.: \_\_\_\_\_ Casa n.º: \_\_\_\_\_  
Rua: \_\_\_\_\_  
Depósito: \_\_\_\_\_  
Código do depósito: \_\_\_\_\_  
N.º de Larva: \_\_\_\_\_ Pupas: \_\_\_\_\_  
Agente: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Laboratório: n.º de larvas/Pupas \_\_\_\_\_  
Ae aegypti: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Ae. Albopictus: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_  
Outros: Larvas \_\_\_\_\_ Pupas \_\_\_\_\_



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

**Item 28**

**27.1. “Etiqueta de Identificação de Soro”:**



HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL  
SÃO MIGUEL ARCANJO

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

Nº DO LEITO: \_\_\_\_\_

COMPOSIÇÃO: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA INICIAL: \_\_\_\_:\_\_\_\_

HORA FINAL: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Nº DE GOTAS: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

**Item 45**

**43.1. “Folha com timbre do Município de São Miguel do Iguaçu”:**



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

Rua Vânio Ghellere, 64 – Centro – Fone: (45) 3565-8100 – CEP: 85.877-000 – São Miguel do Iguaçu – Paraná  
Site: <http://www.saomiguel.pr.gov.br> – E-mail: [administracao@saomiguel.pr.gov.br](mailto:administracao@saomiguel.pr.gov.br)  
CNPJ: 76.206.499/0001-50

Rua Vânio Ghellere, nº 64, Centro, São Miguel do Iguaçu/Paraná – CEP 85.877-000  
Fone: (45) 3565-8100; Fone Dep. de Licitações: (45) 3565-8139 – CNPJ 76.206.499/0001-50  
Site: [www.saomiguel.pr.gov.br](http://www.saomiguel.pr.gov.br) – e-mail: [governo@saomiguel.pr.gov.br](mailto:governo@saomiguel.pr.gov.br)



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

**Item 46**

**46.1. “Pasta Individual do Aluno”:**

ALUNO(A):	FICHA PASTA Nº:	ARQUIVO INATIVO Nº:
ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____	ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____	ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____
ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____	ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____	ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____
ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____	ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____	ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____
ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____	ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____	ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____
ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____	ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____	ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____
ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____	ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____	ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____
ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____	ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____	ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____
ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____	ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____	ANO: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____

ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

**PASTA INDIVIDUAL DO ALUNO**



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

**Itens 47 e 48**

45.1. "Pasta para Projetos de Lei", formato 25,3 cm x 32,3 cm;

46.1. "Pasta para Projetos de Lei", formato 48 cm x 33 cm (aberto).

ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**  
Rua Vânio Ghellere, 84 - Centro - Fone: (45) 3565-8100 - Fax: (45) 3565-8110  
CEP 85877-000 - São Miguel do Iguaçu - Paraná  
site: [www.saomiguel.pr.gov.br](http://www.saomiguel.pr.gov.br) - e-mail: [governo@saomiguel.pr.gov.br](mailto:governo@saomiguel.pr.gov.br)

**ASSUNTO:**

**ORIGEM:**

**OBJETIVO:**

**TRAMITAÇÃO:**

**DESPACHO:**

PORTAL



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

**Item 49**

47.1. "Pasta para Conferência Municipal de Saúde" formato 33 cm x 22,5 cm:

# **XIII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**GARANTIR DIREITOS E DEFENDER  
O SUS, A VIDA E A DEMOCRACIA**  
*Amanhã vai ser outro dia*

**SÃO MIGUEL DO IGUAÇU - PR**





# ESTADO DO PARANÁ

## MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU

### Item 51

49.1. "Cartão de Vacinação", formato 11,5 cm x 8,5 cm (fechado) e 23 cm x 8,5 cm (aberto):

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO	
Nome: _____		Tipo Sanguíneo: _____	
Data de Nasc: ____/____/____			
Endereço: _____			
Município: _____			
UF: _____		Telefone: _____	
Unidade de Saúde: _____			

Outras Vacinas			
1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Reforço
Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____
Lab: _____	Lab: _____	Lab: _____	Lab: _____
Unid: _____	Unid: _____	Unid: _____	Unid: _____
Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____

Hepatite B			
1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Reforço
Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____
Lab: _____	Lab: _____	Lab: _____	Lab: _____
Unid: _____	Unid: _____	Unid: _____	Unid: _____
Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____

Dupla Adulto (Difteria e Tétano)			
1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Reforço
Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____
Lab: _____	Lab: _____	Lab: _____	Lab: _____
Unid: _____	Unid: _____	Unid: _____	Unid: _____
Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____



### 52.1. Confecção de Bloco de cupom para o Programa "São Miguel do Iguaçu, Nota Fiscal Premiada"

圖書出版部 出版部 印刷部

[illegible]



**51.1. “Ficha de acompanhamento profissional CAPS” formato (medidas 13,5 cm x 9,5 cm:**

Rua Vânio Ghellere, nº 64, Centro, São Miguel do Iguçu/Paraná – CEP 85.877-000  
Fone: (45) 3565-8100; Fone Dep. de Licitações: (45) 3565-8139 – CNPJ 76.206.499/0001-50  
Site: [www.saomiguel.pr.gov.br](http://www.saomiguel.pr.gov.br) – e-mail: [governo@saomiguel.pr.gov.br](mailto:governo@saomiguel.pr.gov.br)





ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

**Item 54**

52.1. “Crachás”, Impressão em papel cartão de gramatura 200 g/m<sup>2</sup>, formato 14 cm x 9 cm:

**XV CONFERÊNCIA MUNICIPAL  
DE SAÚDE DE SÃO MIGUEL DO  
IGUAÇU PR**

**TEMA**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

NOME

**00 MARÇO 2027**



ESTADO DO PARANÁ  
**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**

**Item 55**

53.1. Certificados, Impressão em papel cartão de gramatura 200 g/m<sup>2</sup>, formato A4 (21cm x 29,7 cm). Design poderá ser alterado, apenas modelo:



São Miguel do Iguaçu-Paraná, 06 de abril de 2026.