



**MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua José Andrade Marinho, nº 540 - Centro  
Fone: (43) 3552-1478

**ATESTADO MÉDICO**

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

- \_\_\_\_\_
- ( ) Goza de Boa Saúde Física e Mental
- ( ) Esteve em Consulta Médica
- ( ) Acompanhou o Sr. (a) \_\_\_\_\_
- ( ) Deve ficar afastado do serviço para tratamento por  
\_\_\_\_\_ dias a partir desta data.

CID \_\_\_\_\_

Nova Fátima \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo  
Médico Responsável

21 50 x 2 (Autorizativa)



MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA  
ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua José Andrade Marinho, 540 - Fone: (43) 3552-1478

A  
CASA DE MISERICÓRDIA  
CORNÉLIO PROCÓPIO - PR

Autorizo a Avaliação (Consulta/Internação) para o paciente:

Motivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
José Augusto Fabri  
Secretário Municipal de Saúde

21 50 x 2 (Autorizativa)



MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA  
ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua José Andrade Marinho, 540 - Fone: (43) 3552-1478

A  
CASA DE MISERICÓRDIA  
CORNÉLIO PROCÓPIO - PR

Autorizo a Avaliação (Consulta/Internação) para o paciente:

Motivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
José Augusto Fabri  
Secretário Municipal de Saúde



cartolina

NOME: \_\_\_\_\_  
DN: \_\_\_\_\_  
CNS: \_\_\_\_\_



4 cartões ci 2u vincoes, papel



**ACOMPANHAMENTO DA SÍFILIS**

**ESTADIAMENTO DA SÍFILIS**

Primária     Secundária     Latente precoce     Latente tardia

Exames	Data	Resultado
TESTE RÁPIDO		
VDRL DIAGNÓSTICO		
FTA-ABS		

Dose	Tratamento	Data/Rubrica Profissional
1ª DOSE	PEN BENZATINA 2.400.000	
2ª DOSE	PEN BENZATINA 2.400.000	
3ª DOSE	PEN BENZATINA 2.400.000	
Exames	Controle	Data
VDRL Controle		
VDRL Controle		
VDRL Controle		
Outros		

**ORIENTAÇÕES IMPORTANTES:**

- ADESÃO CORRETA DO TRATAMENTO, OU SEJA, TOMAR AS INJEÇÕES SEMANALMENTE CONFORME ORIENTAÇÃO, PARA QUE O TRATAMENTO SEJA EFICAZ;
- NÃO TER RELAÇÃO DESPROTEGIDA;
- O PARCEIRO TAMBÉM PRECISA SER INVESTIGADO E SE NECESSÁRIO REALIZAR O TRATAMENTO JUNTO.

Número da Declaração de Nascimento

5 Cartão (parte cartolina) e 2) rimovés - 1ª parte

Avaliação Posterior

Tipagem Sanguínea do Recém Nato da Mãe

Sinal de Ortolani  Positivo  Negativo

TESTE DO PEZINHO

Realizado  Sim  Não Data / /

TESTE DE OLHINHO

Realizado  Sim  Não Data / /

Olho Direito: ( ) Normal ( ) Alterado

Olho Esquerdo: ( ) Normal ( ) Alterado

TESTE DO CORAÇÃOZINHO

Realizado  Sim  Não Data / /

Resultado: ( ) Normal ( ) Alterado

TESTE DA ORELHINHA

Realizado  Sim  Não Data / /

Testes: ( ) Emissão otoacústica evocada

( ) Potencial evocado auditivo de tronco encefálico

Ouvido Direito: ( ) Normal ( ) Alterado

Ouvido Esquerdo: ( ) Normal ( ) Alterado

Peso na alta g. Data da alta / /

Médico

Observações



Prefeitura Municipal de Cornélio Procopio

CRIANÇA

NOME DA CRIANÇA

NOME DA MÃE

NOME DO PAI

ENDEREÇO

CIDADE

ESTADO

DATA DE NASCIMENTO

LOCAL

COMPRIMENTO

PESO

PERIMETRO CEFÁLICO

APGAR

TIPO DE PARTO

NORMAL

FORÇEPS

CESÁREA



Número da Declaração de Nascimento

6. partid (partur partidim) 21 20 meses - 10 partu

**Avaliação Posterior**

Tipagem Sanguínea do Recém Nado  Positivo  Negativo  
da Mãe

**TESTE DO PEZINHO**

Realizado:  Sim  Não Data: / /

**TESTE DE OLHINHO**

Realizado:  Sim  Não Data: / /

Olho Direito: ( ) Normal ( ) Alterado

Olho Esquerdo: ( ) Normal ( ) Alterado

**TESTE DO CORAÇÃOZINHO**

Realizado:  Sim  Não Data: / /

Resultado: ( ) Normal ( ) Alterado

**TESTE DA ORELHINHA**

Realizado:  Sim  Não Data: / /

Testes: ( ) Emissão otoacústica evocada  
( ) Potencial evocado auditivo de tronco encefálico

Ouvido Direito: ( ) Normal ( ) Alterado

Ouvido Esquerdo: ( ) Normal ( ) Alterado

Peso na alta g Data da alta / /

Médico

Observações



Prefeitura Municipal de  
**Cornélio Procopio**

**CARTÃO DA CRIANÇA**

NOME DA CRIANÇA

NOME DA MÃE

NOME DO PAI

ENDEREÇO

CIDADE

ESTADO

DATA DE NASCIMENTO

LOCAL

COMPRIMENTO

PESO

PERÍMETRO CEFÁLICO

APGAR

TIPO DE PARTO

NORMAL  FORÇERS  CESÁREA





Hepatite B			Tríplice Viral	Febre Amarela	Anti Pneumocócica	Influenza (contra Gripe)	Influenza (contra Gripe)
1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose					

7 2ª parte

Dupla Bacteriana (DT)			
1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Reforço

--	--	--	--

7 Cartão de 1ª parte



**PARANÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
Secretaria da Saúde

**Cartão de Vacinação**

Nome \_\_\_\_\_

Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

- Este cartão é um documento!  
Leve-o sempre consigo, na bolsa ou carteira.
- Mantenha as vacinas sempre em dia.



Início dos sintomas \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Notificação  Sim  Não

**1ª Coleta de exames**

- Hematócrito em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ %
- Plaquetas em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ .000/mm<sup>3</sup>
- Sorologia em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

**Controle sinais vitais**

	1° dia	2° dia	3° dia	4° dia	5° dia	6° dia	7° dia
PA mmHg (em pé)							
PA mmHg (deitado)							
Temp. Auxiliar °C							

**2ª Coleta de exames**

- Hematócrito em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ %
- Plaquetas em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ .000/mm<sup>3</sup>
- Sorologia em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

**3ª Coleta de exames**

- Hematócrito em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ %
- Plaquetas em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ .000/mm<sup>3</sup>
- Sorologia em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

**Informações complementares**

8 *Cartão do usuário - Acompanhamento Ambulatorial - Dengue*  
8 *Cartão do usuário - Acompanhamento Ambulatorial - Dengue*

**Cartão do Usuário - Acompanhamento Ambulatorial - Dengue**



Nome: \_\_\_\_\_  
Mãe: \_\_\_\_\_  
Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Unidade de Saúde \_\_\_\_\_

**Recomendações:**

- Procurar a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência ou a Unidade de Referência indicada em seu cartão caso apareça um ou mais dos seguintes **SINAIS DE ALARME:**
- Melhora súbita da febre alta até o 5° dia
- Dor muito forte na barriga
- Sangramento de nariz, boca ou outros tipos de hemorragias
- Tontura quando muda de posição (deitar/sentar/levantar)
- Diminuição do volume da urina
- Vômitos frequentes ou com sangue
- Dificuldade de respirar
- Agitação ou muita sonolência
- Suor frio
- Ponto ou manchas vermelhas ou roxas na pele

**Soro caseiro**

- sal de cozinha ----- 1 colher de café
- açúcar ----- 2 colheres de sopa
- água potável ----- 1 litro

**Unidade de Referência**

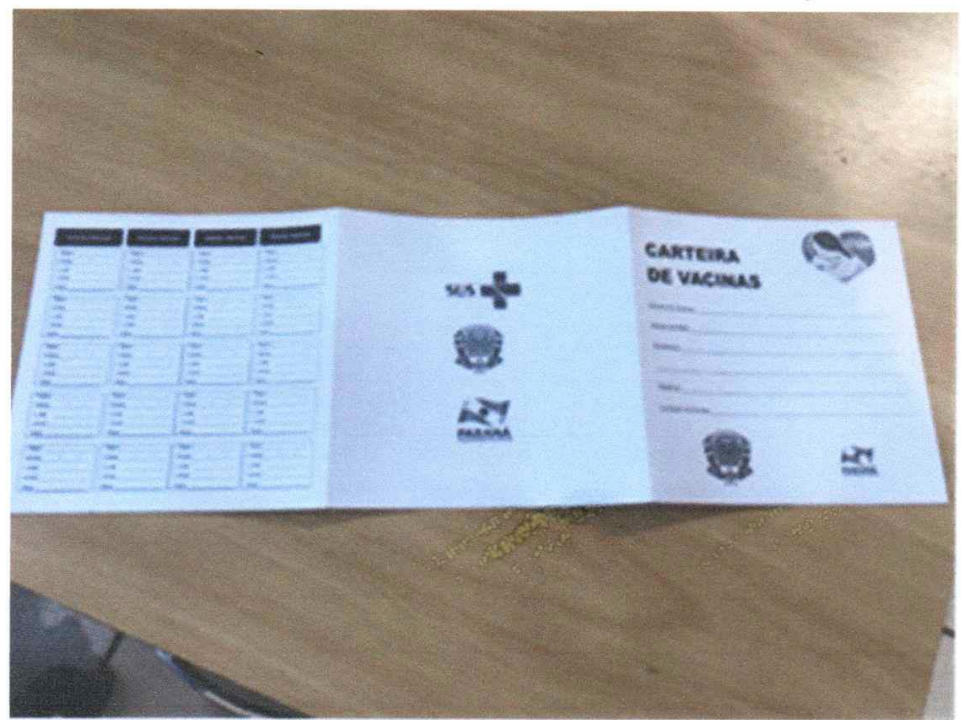
Apresente este cartão sempre que retornar à Unidade de Saúde



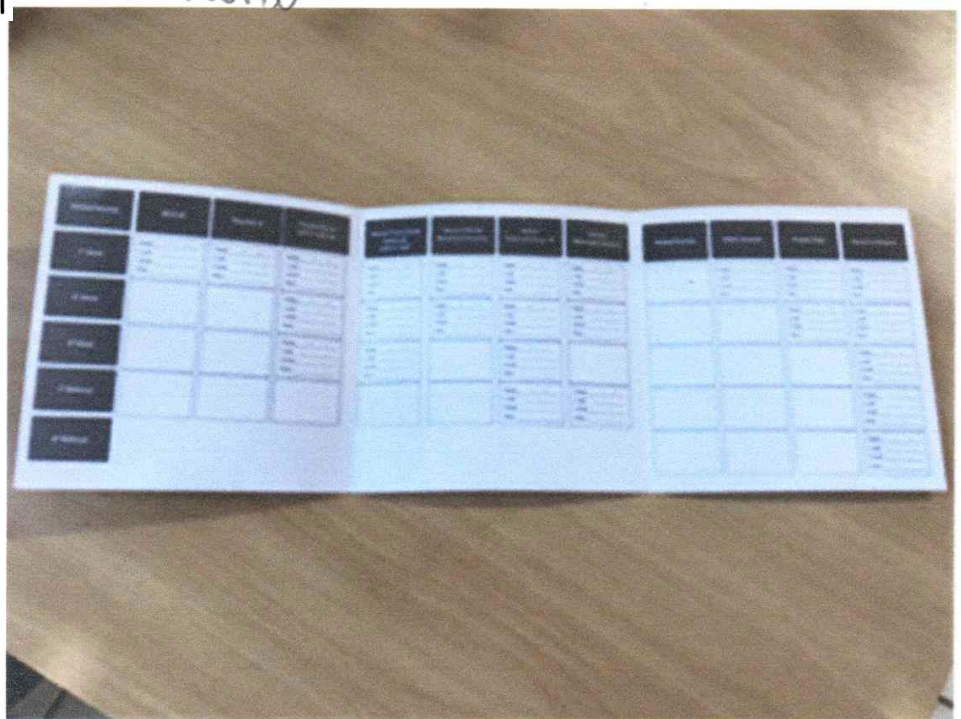


11 Carteira de Vacinas el 2 vinhos (papel cartolina)

1ª parte



11 2ª Parte





*Município de Nova Fátima - Estado do Paraná*

12

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua José Andrède Marinho, 540 – Esquina com Rua Moyses Lupion  
Telefone: (43) 3552-1478 E-mail: smsnovafatima@hotmail.com

---

**DECLARAÇÃO**

Declaro para devido fins, que o(a) aluno(a): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, encontra-se com a situação vacinal em  
dia até a data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nova Fátima, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do profissional

---



**MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua José Andrade Marinho, nº 540 - Centro  
Fone: (43) 3552-1478

**DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO**

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

\_\_\_\_\_ esteve em consulta/procedimento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nesta unidade de saúde no dia

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ durante o período \_\_\_\_\_.

Nova Fátima \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo

74



SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
NOVA FATIMA/PR

CNPJ: 75.828,418/0001-90  
Rua Jose Andrade Marinho, 540 – Centro; FONE: (43) 3552 1478

**DECLARAÇÃO DE DESISTENCIA DE TRATAMENTO**

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

RG: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_, DECLARA DESISTENCIA deste  
agendamento de: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ datado de: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

Motivo: \_\_\_\_\_

Está ciente que a vaga agendada passará para o próximo paciente da  
fila e que não será reagendado esse atendimento.

Nova Fátima, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura Paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura Servidor





**DESCRIÇÃO DA SUGESTÃO/RECLAMAÇÃO**

Blank area with horizontal lines for writing the description of the suggestion or complaint.



# 17 Frente e Verso

## EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

DATA DO RETORNO: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

DATA DO RETORNO: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

DATA DO RETORNO: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

DATA DO RETORNO: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

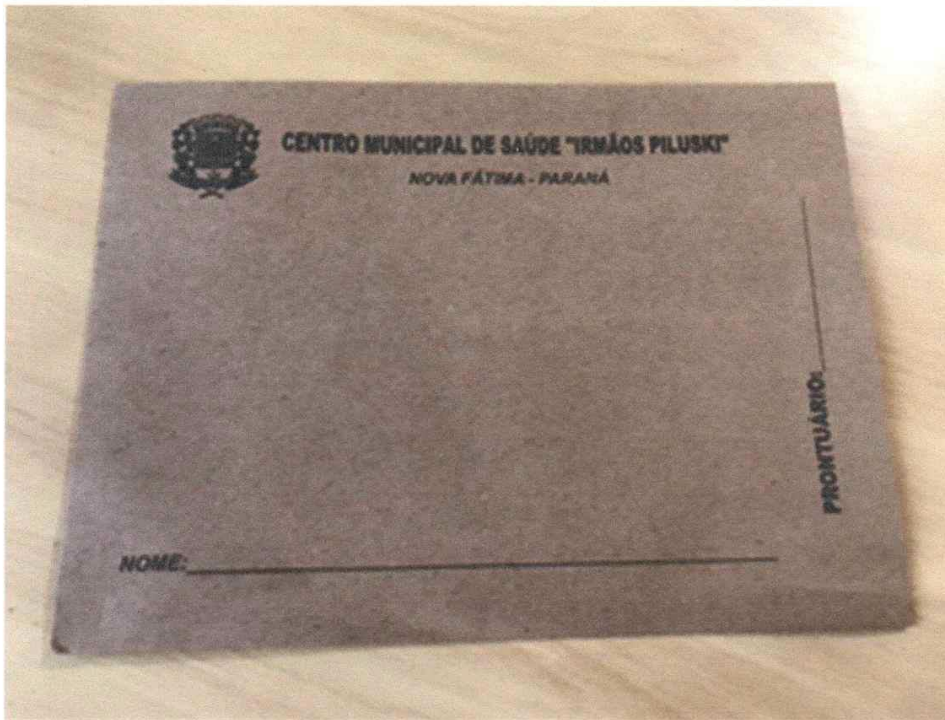
---

---

---

---

18 - Envelope <sup>mm abal</sup> 24,5 x 33 (Frente)



18 - verso



**FICHA DE ATENDIMENTO TR**

19

**Identificação da Unidade** Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Nome da Unidade:** \_\_\_\_\_ **Nome profissional/rubrica:** \_\_\_\_\_  
**CNS/CPF:** \_\_\_\_\_

**Identificação do usuário - Nome social:** \_\_\_\_\_  
**Nome do usuário:** \_\_\_\_\_  
**Nome da mãe:** \_\_\_\_\_  
**Sexo:** ( ) Masculino ( ) Feminino **Travesti** ( ) **Transexual** ( ) **Parceiro:**( ) Sim ( ) Não  
**Gestante:** ( ) Sim ( ) Não ( ) 1º trim ( ) 2º trim ( ) 3º trim  
**Raça/Cor (auto-referida):** ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena  
**Data de nascimento :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_  
**Local de residência** **Município :** \_\_\_\_\_ [se estrangeiro]  
**Bairro:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **País:** \_\_\_\_\_

**Abordagem Consentida**

**Permite contato:** \_\_\_\_\_ **Tipo de contato:** ( ) Telefone ( ) Correio ( ) e-mail  
 ( ) Sim ( ) Não ( ) Visita ( ) Outro, qual: \_\_\_\_\_

**Se permite visita ou por correio coletar endereço:** \_\_\_\_\_

**Se permite telefone : Nº** \_\_\_\_\_  
 ( ) Apenas com o (a) próprio(a) e/ou ( ) Falar com : \_\_\_\_\_ **Assinatura do usuário:** \_\_\_\_\_

**Situação Conjugal :** \_\_\_\_\_ **Escolaridade (anos concluídos):** \_\_\_\_\_  
 ( ) Casado(a)/uniao estavel ( ) Viúvo(a) ( ) Nenhuma ( ) de 8 a 11  
 ( ) Separado(a) ( ) Não Informado ( ) de 1 a 3 ( ) 12 ou mais  
 ( ) Solteiro(a) ( ) de 4 a 7 ( ) Ignorado

**É a primeira vez que faz um teste anti-HIV na vida?** ( ) Sim ( ) Não

**Como ficou sabendo do serviço?**  
 ( ) Material de divulgação ( ) Banco de Sangue ( ) Serviço/Prof de Saúde  
 ( ) Amigos/Usuários ( ) Jornais/rádio/TV ( ) Serviço de informação telefônica  
 ( ) Escola ( ) Outra, qual: \_\_\_\_\_

<b>Tipo de parceiro nos ult. 12 meses:</b> ( ) Nunca teve relações sexuais ( ) Só homens ( ) Só mulheres ( ) Homens e Mulheres ( ) Travestis/Transexuais ( ) Não Informado	<b>Nº de parceiros sexuais nos ultimos 12 meses:</b> ( ) Nenhum ( ) 11 a 20 ( ) 1 ( ) 21 a 50 ( ) 2 ( ) 51 a100 ( ) 3 a 5 ( ) + de 100 ( ) 6 a 10 ( ) Não Informado
--	--

<b>Tipo de exposição</b> ( ) Relação sexual sem camisinha ( ) Transm/ Materno-infantil ( ) Uso de droga injetável (UDI) ( ) Hemofílico/Transfusão ( ) Uso de outras drogas (UD) ( ) Não possui risco ( ) Outros, quais: _____	<b>Recorte Populacional:</b> ( ) Usuario de Drogas ( ) Usuario de Drogas INJETAVEIS ( ) Profissional do sexo ( ) Homem que faz sexo com homem ( ) Outro: _____
---	---

**Teve alguma DST nos últ. 12 meses?** ( ) Sim ( ) Não

**Uso de Drogas** ( ) Bebe ou já bebeu álcool com frequencia  
**na vida:** ( ) Usa ou usou drogas injetáveis (na veia)  
 ( ) Nunca usou ( ) Usa ou usou outras drogas ( cocaína, crack, ecstasy, etc)  
 ( ) Tem ou teve parceiro(a) que usou drogas injetáveis

**Uso de camisinha nas relações com parceiro(a) fixo(a):**  
 ( ) Nunca ( ) Sempre ( ) Às vezes ( ) Não tem parceiro(a) fixo(a)

**Uso de camisinha nas relações com parceiro(a) eventual:**  
 ( ) Nunca ( ) Sempre ( ) Às vezes ( ) Não tem parceiro(a) eventual:

**Exame de HIV** **Resultado do exame anti-HIV:**  
 ( ) Convencional ( ) TRD HIV ( ) Reagente ( ) NÃO reagente ( ) Discordante ( ) Indeterminado

**Se reagente, já sabia que era portador?** \_\_\_\_\_ **Nome da unidade e município para onde portador foi encaminhado**  
 ( ) Sim ( ) Não ( ) Não Informado

**Exame de sífilis** **Resultado do teste**  
 ( ) TR ( ) Reagente ( ) Não reagente  
 ( ) Não treponêmico **titulação:** \_\_\_\_\_  
 ( ) HEPATITE B ( ) REAG. ( ) NÃO REAGENTE  
 ( ) HEPATITE C ( ) REAG. ( ) NÃO REAGENTE

**Identificação**

Nome \_\_\_\_\_  
 Nome da mãe \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CNS \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

**Tabela de critérios de estratificação de risco em saúde bucal**

Item	Escore padrão	Escore do usuário
<b>Crítérios biológicos</b>		
O usuário apresenta condições crônica: diabetes, hipertensão, gestante ou idoso	2	
Usuário com deficiência intelectual	3	
Usuário acamado	3	
Usuário de álcool tabaco ou outras drogas	3	
Criança de 6-11 anos ou Adolescente de 12-19 anos	4	
<b>Crítérios odontológicos</b>		
O usuário teve dor de dente nos últimos 6 meses	2	
O usuário apresenta mancha branca ativa	1	
O usuário apresenta boca seca	2	
O usuário apresenta lesão de cárie em até 3 dentes	2	
O usuário apresenta lesão de cárie de 4 a 7 dentes	3	
O usuário apresenta lesão de cárie em mais de 8 dentes	4	
O usuário está com ferida na boca há mais de 15 dias	3	
O usuário está com sangramento na boca	2	
O usuário está com algum dente permanente mole	3	
O usuário precisa de prótese total	2	
O usuário precisa de prótese parcial	1	
O usuário tem perda de 1 ou mais dentes	4	
O usuário necessita de endodontia conforme LG*	30	
O usuário necessita de periodontia conforme LG*	30	
O usuário necessita de cirurgia complexa conforme LG*	30	
O usuário necessita de diagnóstico de lesão conforme LG*	30	
O usuário é portador de necessidade especial que precisa de atendimento odontológico no serviço especializado conforme LG*	30	
<b>Crítérios de autocuidado</b>		
O usuário, mãe ou cuidador com baixa escolaridade (até 4º ano do ensino fundamental)	3	
O usuário come doce ou toma refrigerante diariamente	2	
O usuário não tem consumo regular de água fluoretada	3	
O usuário não faz uso regular de creme dental fluoretado	3	
O usuário não tem o hábito de escovar os dentes diariamente	3	
O usuário só procura o serviço quando tem dor de dente	3	

<b>Critérios para crianças de 0-5 anos</b>		
A criança faz uso de mamadeira sem higiene posterior	<b>3</b>	
A criança usa chupeta adoçada com açúcar ou mel	<b>3</b>	
A criança tem comportamento não colaborador durante a higiene	<b>3</b>	
A criança faz sua higiene sem supervisão/complementação de um adulto	<b>3</b>	
A criança apresenta dentes fusionados e/ou hipocalcificados e/ou hipoplasia e/ou defeito congênito	<b>2</b>	
<b>Score total do usuário</b>		

<b>PONTOS</b>	<b>RISCOS</b>
0-10	BAIXO RISCO
11-30	MÉDIO RISCO
ACIMA DE 30	ALTO RISCO

<b>Riscos</b>	<b>Score total</b>	<b>Recomendações</b>	<b>Monitoramento</b>
Baixo risco	0 a 10 pontos	2 consultas	Anual
Médio risco	11 a 30 pontos	3 a 5 consultas	Semestral
Alto risco	acima de 30 pontos	6 ou + consultas	Trimestral

<b>Histórico de Risco em Saúde Bucal</b>								
<b>Data</b>								
<b>Score</b>								
<b>Risco</b>								



**REDE DE  
SAÚDE BUCAL**

21 - Frente



SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE

**CENTRO DE SAÚDE IRMÃOS PILUSKI**  
MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA

**FICHA DE ATENDIMENTO ÀS GESTANTES E PUÉRPERAS**

Nº CARTÃO NACIONAL DO SUS (CNS): / / / / / / / / / / / / / / / /	Nº PRONTUÁRIO	TIPAGEM SANGUÍNEA	COOMBS INDIRETO	SEXO FEMININO
---	---------------	-------------------	-----------------	------------------

* NOME GESTANTE:			DATA DO NASCIMENTO:	IDADE:
* ESCOLARIDADE:			/ /	
* RAÇA/ETNIA:	OCUPAÇÃO/LOCAL DE TRABALHO:			
NATURALIDADE:	* RG:	ORGÃO EMISSOR	* CPF:	
ESTADO CIVIL:	NOME DO CONJUGUE E / OU RESPONSÁVEL:			
FILIAÇÃO: * MÃE:				
* PAI:				
* ENDEREÇO RESIDENCIAL:			Nº	CEP: 86310-000
* BAIRRO:	* FONE PESSOAL ( )	FONE CONTATO / EMERGÊNCIAL - NOME: ( )		

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO:  HABITUAL  INTERMEDIÁRIO  ALTO RISCO

JUSTIFICATIVA:

ANTECEDENTES PESSOAIS (PATOLOGIAS):  
CITAR: \_\_\_\_\_

GESTAÇÃO PLANEJADA:  SIM  NÃO

USO DE SUBSTÂNCIA QUE GERAM DEPENDÊNCIAS:  
( ) ALCOOL ( ) CIGARRO/ QUANTIDADES / DIA: \_\_\_\_\_ ( ) DROGAS ( ) OUTROS

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:  
GESTAÇÃO: \_\_\_\_\_ PARTO: \_\_\_\_\_ ABORTO: \_\_\_\_\_ CESÁREA: \_\_\_\_\_ GRAV. ECTÓPICA: \_\_\_\_\_ IMUNOGLOBINA ANTI RhD: \_\_\_\_\_  
ÓBITO FETAL: \_\_\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ CAUSA: \_\_\_\_\_ \* NATIMORTO: \_\_\_\_\_ CAUSA: \_\_\_\_\_

USO DE MEDICAÇÕES: ( ) SIM ( ) NÃO  
QUAIS: \_\_\_\_\_

DUM:	DPP:	IG:	PESO INICIAL	ALTURA	IMC	* 1º USG	IG:	DPP:
/ /	/ /					/ /		/ /

DOSES DATAS	ANTI TETÂNICA	DTPA	HEPATITE B	REVACINAR HEPATITE B	OUTRAS VACINAS	TESTES RÁPIDOS	EXAMES Laboratoriais	RESULTADO DO EXAME: ANTI - HBS
1º						1º / /	1º / / /	
2º						2º / / /	2º / / /	
3º						3º / / /	3º / / /	
1º REF.								OBS: _____
2º REF.								

• **TESTE DA MÃEZINHA**  
Data da coleta: / / \* Resultado: \_\_\_\_\_

• **EX. CITOPATOLÓGICO - Colo do Útero**  
Data da coleta: / / \* Resultado: \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE ATIVIDADES DA EQUIPE DE SAÚDE**

DATA: / /	HISTORIA CLÍNICA (1º CONSULTA DE PRÉ - NATAL - *ENFERMEIRA*)	ASSINATURA
PA:		
Tª:		
HGT:		
FC:		
SAT:		







Município de Nova Fátima – Estado do Paraná

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua José Andrade Marinho, s/n – Esquina com Rua Moyses Lupion

Telefone: (43) 3552-1478 E-mail: smsnovafatima@hotmail.com

22 - Fronteira



### FICHA DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

( ) ADULTO ( ) INFANTIL ATÉ 12 ANOS ( ) PRÉ ADOLESCENTES 13 Á 18ANOS ( ) IDOSO

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

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

POSSUI APELIDO, OU COMO PREFERE SER CHAMADO (A): \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

TEM FILHOS? \_\_\_\_\_

SE SIM OS APRESENTE:

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

CIDADE NATIVA: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO \_\_\_\_\_

LOCAL DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NESSE LOCAL? \_\_\_\_\_

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_

COM QUAL FREQUENCIA VAI A IGREJA/INSTITUIÇÃO RELIGIOSA: \_\_\_\_\_

FILIAÇÃO: \_\_\_\_\_

TEM IRMÃOS? \_\_\_\_\_

SE SIM OS APRESENTE:

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

TEM AMIGOS? \_\_\_\_\_



22 - *ver*

# Município de Nova Fátima – Estado do Paraná

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua José Andrade Marinho, s/n – Esquina com Rua Moyses Lupion  
Telefone: (43) 3552-1478 E-mail: smsnovafatima@hotmail.com

QUEIXAS: \_\_\_\_\_

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

QUANDO PERCERBEU TAIS SINAIS OU SINTOMAS DAS QUEIXAS ATUAIS?

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

APONTE DUAS QUALIDADES, E DOIS DEFEITOS QUE RECONHECE TER, E HÁ ALGUM QUE É RECONHECIDO POR TERCEIROS?

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

FAZ USO DE MEDICAMENTO PSICOTROPICO? / DE USO CONTINUO OU DE USO RESTRITO OU CONTROLADO?

SIM ( ) NÃO ( )

SE SIM, HÁ QUANTO TEMPO E QUAIS?

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

NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE MESES) HOUVE TENTATIVAS DE SUICÍDIO OU PENSAMENTO DO GÊNERO?-

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

O QUE BUSCA NO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO?

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

GOSTARIA DE ADICIONAR ALGUMAS INFORMAÇÕES QUE AINDA NÃO FOI QUESTIONADA? SE SIM,QUAIS?

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



























## MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA - PR

Secretaria Municipal de Saúde

Rua José Andrade Marinho <sup>540</sup> 470 - Nova Fátima - PR

E-mail: smsnovafatima@hotmail.com - Fone (43) 3552-1478

### GUIA DE REFERÊNCIA PARA EXAME E/OU CONSULTA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Nome do Estabelecimento: **Centro Municipal de Saúde "Irmãos Piluski."**

#### Dados Operacionais:

Data do Atendimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ P: 1( ) 2( ) 3( ) 4( )

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

CPF do Paciente: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ Data da Expedição: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CNS do Paciente: \_\_\_\_\_ Raça/Cor: \_\_\_\_\_

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

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

#### Procedimento Solicitado:

Nome do procedimento: \_\_\_\_\_

Cód.Procedimento: \_\_\_\_\_ QTD: \_\_\_\_\_ CID-10 \_\_\_\_\_

Categoria Profissional do Solicitante: \_\_\_\_\_

CPF do Solicitante: \_\_\_\_\_ Assinatura do médico/carimbo \_\_\_\_\_

#### Justificativa (legível):

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

Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_ CID-10: \_\_\_\_\_

#### Resumo da História Clínica, Exames Físicos e Complementares:

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

30- *unw*



# MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA - PR

Secretaria Municipal de Saúde

Rua: Moisés Lupion s/n - Nova Fátima-PR

Email: smsnovafatima@hotmail.com Fone/fax (43) 3552-1478



## CONTRA – REFERÊNCIA

Est. de Saúde Executante: _____	
CNES: _____	
Especialidade: _____	
Para Unidade Solicitante: _____	
Nome do Paciente: _____	DN: _____
Nº Cartão SUS: _____	Nº do Prontuário da Unidade Solicitante: _____

### PARECER DA ESPECIALIDADE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ORIENTAÇÕES À UNIDADE DE SAÚDE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ORIENTAÇÕES AO PACIENTE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Médico CRM: \_\_\_\_\_





31- 2ª VIA  
**Solicitação de Exame - Mãe Paranaense**

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ D.N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1º trimestre (1ª consulta)	2º trimestre	3º trimestre
<input type="checkbox"/> ABO - Rh	<input type="checkbox"/> Urina I	<input type="checkbox"/> Urina I
<input type="checkbox"/> Urina I	<input type="checkbox"/> Urocultura / Antibiog.	<input type="checkbox"/> Urocultura / Antibiog.
<input type="checkbox"/> Urocultura / Antibiog.	<input type="checkbox"/> Glicemia	<input type="checkbox"/> Glicemia
<input type="checkbox"/> Glicemia	<input type="checkbox"/> Hemograma completo	<input type="checkbox"/> Hemograma completo
<input type="checkbox"/> Hemograma completo	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgM e IgG	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgM e IgG
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgM e IgG	<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> TSH
<input type="checkbox"/> Hepatite B (HBS AG)	<input type="checkbox"/> T4	<input type="checkbox"/> T4I
<input type="checkbox"/> Hepatite C (Anti - HCV)	<input type="checkbox"/> TTG (24 a 28 km)	<input type="checkbox"/> TTG (24 a 28 km)
<input type="checkbox"/> Eletroforese de Hemoglobina	<input checked="" type="checkbox"/> VDRL	<input checked="" type="checkbox"/> VDRL
<input type="checkbox"/> Coombs Indireto		
<input type="checkbox"/> VDRL/FTA - Abs		
<input type="checkbox"/> EPF		
<input type="checkbox"/> Anti - HBS		
<input type="checkbox"/> Anti - HIV1/2(Elisa)		
<input type="checkbox"/> FTA - Abs		
<input type="checkbox"/> Teste Avidéz de IgG p/ Toxoplasmose		
<input type="checkbox"/> TSH		
<input type="checkbox"/> T4I		

Laboratório: \_\_\_\_\_ Jejum: \_\_\_\_\_  
Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo



**Solicitação de Exame - Mãe Paranaense**

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ D.N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1º trimestre (1ª consulta)	2º trimestre	3º trimestre
<input type="checkbox"/> ABO - Rh	<input type="checkbox"/> Urina I	<input type="checkbox"/> Urina I
<input type="checkbox"/> Urina I	<input type="checkbox"/> Urocultura / Antibiog.	<input type="checkbox"/> Urocultura / Antibiog.
<input type="checkbox"/> Urocultura / Antibiog.	<input type="checkbox"/> Glicemia	<input type="checkbox"/> Glicemia
<input type="checkbox"/> Glicemia	<input type="checkbox"/> Hemograma completo	<input type="checkbox"/> Hemograma completo
<input type="checkbox"/> Hemograma completo	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgM e IgG	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgM e IgG
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgM e IgG	<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> TSH
<input type="checkbox"/> Hepatite B (HBS AG)	<input type="checkbox"/> T4	<input type="checkbox"/> T4I
<input type="checkbox"/> Hepatite C (Anti - HCV)	<input type="checkbox"/> TTG (24 a 28 km)	<input type="checkbox"/> TTG (24 a 28 km)
<input type="checkbox"/> Eletroforese de Hemoglobina	<input checked="" type="checkbox"/> VDRL	<input checked="" type="checkbox"/> VDRL
<input type="checkbox"/> Coombs Indireto		
<input type="checkbox"/> VDRL/FTA - Abs		
<input type="checkbox"/> EPF		
<input type="checkbox"/> Anti - HBS		
<input type="checkbox"/> Anti - HIV1/2(Elisa)		
<input type="checkbox"/> FTA - Abs		
<input type="checkbox"/> Teste Avidéz de IgG p/ Toxoplasmose		
<input type="checkbox"/> TSH		
<input type="checkbox"/> T4I		

Laboratório: \_\_\_\_\_ Jejum: \_\_\_\_\_  
Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL 32

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - SEXO

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

Mas.  Fem.

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - RAÇA/COR

8.1 - ETNIA

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE.

## PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE.

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE.

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE.

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE.

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE.

## JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID10 PRINCIPAL

38 - CID10 SECUNDÁRIO

39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

## SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

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)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

a

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES





34. Fronte

Ouvidoria Municipal de Saúde

Sua opinião é muito importante !!!  
Comente o nosso atendimento,  
assinando com X nas "carinhas"

RECEPÇÃO			
	RUIM	BOM	ÓTIMO
AGENDAMENTO			
	RUIM	BOM	ÓTIMO
FARMÁCIA			
	RUIM	BOM	ÓTIMO
ENFERMAGEM			
	RUIM	BOM	ÓTIMO
MÉDICOS			
	RUIM	BOM	ÓTIMO
DENTISTA			
	RUIM	BOM	ÓTIMO
SALA DE VACINA			
	RUIM	BOM	ÓTIMO
AGENTES DE SAÚDE			
	RUIM	BOM	ÓTIMO
AGENTES DE ENDEMIAS			
	RUIM	BOM	ÓTIMO
MOTORISTAS			
	RUIM	BOM	ÓTIMO
TRANSPORTE			
	RUIM	BOM	ÓTIMO

CONTINUA NO VERSO >>

34 - JUND

LIMPEZA GERAL			
	RUIM	BOM	ÓTIMO
CONFORTO DAS ÁREAS DE RECEPÇÃO			
	RUIM	BOM	ÓTIMO
GENTILEZA E EDUCAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS			
	RUIM	BOM	ÓTIMO
TEMPO DE ESPERA PARA AGENDAMENTO E EXAMES			
	RUIM	BOM	ÓTIMO
TEMPO DE ESPERA PARA AGENDAMENTOS DE CONSULTAS FORA DO MUNICÍPIO			
	RUIM	BOM	ÓTIMO

QUAL MUNICÍPIO ? \_\_\_\_\_

UTILIZO A UNIDADE DE SAÚDE COMO:

- USUÁRIO
- ACOMPANHANTE

MINHA IDADE É? \_\_\_\_\_

ME IDENTIFICO COMO?

- HOMEM
- MULHER
- NÃO INFORMAR

SUGESTÕES/RECLAMAÇÕES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SECRETARIA DE SAÚDE DE NOVA FÁTIMA-PR  
TEL: (43) 3552-1478

## SINTOMAS CAUSADOS PELA PICADA DOS ESCORPIÕES:

**LEVE** - Dor e amortecimento leve no local da picada.

**MODERADO** - Dor intensa, vômitos ocasionais, suor, agitação, taquicardia, hipertensão arterial.

**GRAVE** - Dor, suor e vômitos intensos, pulso lento, falta de ar intensa e choque, podendo levar à morte

- Atenção especial com menores de 7 anos e maiores de 60 anos.

## EM CASO DE ACIDENTE POR ESCORPIÃO

- Lavar o local da picada com água e sabão.
- Com segurança, capturar e levar o animal para que seja feito a identificação.
- Procurar assistência médica.

## PARA EVITAR ACIDENTES

- Não acumular entulhos como tijolos, telhas e garrafas vazias no fundo do quintal, terrenos baldios ou áreas livres.
- Usar botas e luvas para remover o entulho e o lixo.
- Evitar plantas com muitas folhagens.
- Eliminar insetos, principalmente as baratas, o alimento preferido dos escorpiões.
- manter o lixo em sacos plásticos sempre dentro de latas fechadas.
- Acabar com buracos e frestas em paredes, janelas, portas, pisos e muros.



# 35 *Pamplina C1 2 vinhos (16 garrafas)* CONTRA ESCORPIÃO



- Colocar sacos de areia na soleira das portas e telas nas janelas e ralos.
- Inspeccionar panos de chão antes de usá-los e deixá-los sempre pendurados.
- Examinar roupas e calçados antes de vesti-los.
- Antes de dormir verificar se não há escorpião nos lençóis e embaixo da cama.
- Lembre-se: sapos, corujas, seriemas, pássaros, macacos e galinhas se alimentam também de escorpiões.



## PARA MAIS INFORMAÇÕES:

- Centro de Saúde Ambiental Divisão de Zoonoses e Intoxicações
- DVVZI: 41 - 3330 4470

- Centro de Produção de Pesquisa de Imunobiológicos
- Seção de Animais Peçonhentos
- CPPI/SAP: 41 3673-8800

- Centro de Informações Toxicológicas de Londrina
- CIT: 43 3371-2244

- Centro de Controle de Envenenamentos
- CCE: 0800 41 0148

- Centro de Controle de Intoxicações de Maringá
- CCI: 44 3225-8484

- Centro de Assistência em Toxicologia Cascavel
- CEATOX 0800 645 1148



## É A MELHOR SOLUÇÃO

## ESCORPIÃO

É um aracnídeo peçonhento, com um ferrão na ponta da calda, através do qual injeta seu veneno. Os escorpiões picam para matar sua presa (alimento) ou quando se sentem ameaçados.

Seu corpo é formado pelo tronco e pela cauda. Vivem na natureza sob cascas e frestas de árvores, troncos apodrecidos, embaixo de pedras, frestas de barrancos e cupinzeiros.

Possuem hábitos noturnos, saindo para se alimentar ao anoitecer. Preferem lugares úmidos e escuros. São animais carnívoros e alimentam-se e principalmente de insetos: baratas, grilos e cupins, ou aracnídeos como aranha e outros escorpiões.

No ambiente urbano, podem abrigar-se próximos das residências e terrenos baldios com mato, lixo doméstico, restos de tijolos, telhas, lenha e em cemitérios.

Infestam também as redes de esgoto e pluvial das cidades, fossas e caixas de gorduras, sendo de difícil controle nesta estágio.



## NO ESTADO DO PARANÁ EXISTEM VÁRIAS ESPÉCIES, ENTRE AS MAIS COMUNS TEMOS:

**Bothriurus sp** escorpião de coloração marrom, variando até o preto, podendo atingir 4cm. Vivem em locais úmidos sob pedras e em buracos no solo. Seu veneno não é muito tóxico ao homem, sendo os acidentes de pouca gravidade.



**Tityus costatus** possui três faixas escuras na parte superior do tronco podendo apresentar variação no colorido. As patas também são manchadas. Podem atingir até 6 cm de tamanho. Essa espécie é comum nas áreas de mata no Paraná.



## PORÉM, SOMENTE DUAS ESPÉCIES MERECEM MAIOR ATENÇÃO:

**Tityus serrulatus** ou escorpião amarelo: possui a maior parte do corpo de coloração amarela. Pode atingir até 7 cm de comprimento. Nesta espécie só existem fêmeas que se reproduzem por partenogênese (não existem machos). São adaptadas ao ambiente urbano, proliferando em torno das habitações humanas. Seu veneno é altamente tóxico podendo levar a casos fatais.



**Tityus bahiensis** ou escorpião marrom. seu tamanho médio é de 6 cm. Nesta espécie existem fêmeas e machos. São comuns em áreas de mata ou campos, podendo também ser encontrados em áreas urbanas. Seu veneno é tóxico podendo causar acidente moderados com pouca gravidade.



36 Panfletos



**Ajude na melhoria dos serviços  
públicos de saúde do SUS**

Email: [ouvidoriasusnovafatimapr@gmail.com](mailto:ouvidoriasusnovafatimapr@gmail.com)

### RECLAMAÇÕES?

Relatar insatisfação com ações e serviços prestados.



### DENÚNCIAS?

Apontar falhas na gestão ou atendimento recebido.



### SUGESTÕES?

Propor ações úteis para melhoria da gestão.



### ELOGIOS?

Demonstrar satisfação ou agradecer por um serviço.



### SOLICITAÇÕES?

Requerer informações ou esclarecimentos de dúvidas.



**Secretaria de Saúde de Nova Fátima-PR**

Tel: (43) 3552-1478



37

2ª Via



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA - PR  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua José Andrade Marinho, 540 - Fone: (43) 3552-1478 - Nova Fátima - Paraná

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
UF: \_\_\_\_\_  
M: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

1ª Via - Retenção Farmácia ou Drograria  
2ª Via - Orientação ao Paciente

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Ident.: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_  
End. Completo: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

37 - 50x2 (Auto copiativa)



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA - PR  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua José Andrade Marinho, 540 - Fone: (43) 3552-1478 - Nova Fátima - Paraná

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
UF: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

1ª Via - Retenção Farmácia ou Drograria  
2ª Via - Orientação ao Paciente

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Ident.: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_  
End. Completo: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_







**REFERÊNCIA**  
**SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO**  
**TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO**



NOME DO PACIENTE		DOCUMENTO DE IDENTIDADE
DATA DE NASCIMENTO	CPF	
CARTÃO CNS	TELEFONE	
TELEFONE OBRIGATÓRIO	TELEFONE	
NOME DA MÃE	TELEFONE	
ENDEREÇO		
MUNICÍPIO		
<b>LAUDO MÉDICO</b>		
HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL		
EXAME FÍSICO		
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL	CID	
EXAME (S) COMPLEMENTAR (ES) REALIZADO (S). ANEXAR CÓPIA (S)		
TRATAMENTO (S) REALIZADO (S)		
TRATAMENTO/EXAME INDICADO		
DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO		

