



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DORES DO TURVO
Rua Nunes Vieira s/n

Aqui sua saúde é tratada com dedicação e respeito.



Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Problema / Condição Avaliada *	Doenças Transmissíveis	Tuberculose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
		Hanseníase	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
		Dengue	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
		DST	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Rachismo	Câncer do Colo do Útero	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
		Câncer de Mama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
		Risco cardiovascular	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Outros	CIAP2 - 01														
		CIAP2 - 02														
		CID10 - 01														
Exames Solicitados(S) e Avaliados (A)	Colesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	EAS/EGU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletrcardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletrforese de Hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Espirometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemoglobina Glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Refinografia / Fundo de Olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia de Sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para Dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste indireto de antioglobulina humana (Ia)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste de creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste de Gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste de chitão	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste de pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Urocltura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Outros (SUA)	☐	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		☐	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		☐	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		☐	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Se usou alguma PIC, indicar qual (por extenso)		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Ficou em Observação?		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
NASF Polo	Avaliação / Diagnóstico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Procedimentos Clínicos / Terapêuticos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Prescrição Terapêutica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Conduta *	Retorno para consulta agendada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Agendamento para Grupos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Agendamento p/ NASF	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Alta do episódio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Encaminhamento	Encaminhamento Interno no Dia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Encaminhamento p/ Serviço Especializado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Encaminhamento p/ CAPS	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Encaminhamento p/ Internação Hospitalar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Encaminhamento p/ Urgência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Encaminhamento p/ Serviço de Atenção Domiciliar		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Encaminhamento Intersetorial	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			

Legenda: ☐ Opção Múltipla de Escolha ☐ Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Crèche 06 - Outros 07 - Polo (Assessoria da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa Aleitamento Materno: 01 - Exclusivo 02 - Predominante 03 - Complementado 04 - Inexistente

Modalidade de AD: Destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo semanais. AD3: usuário com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracetento, ou dâilee peritoneal.

PIC: 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposoa aplicada à saúde 03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Termalismo/Crioterapia 06 - Práticas corporais e mentais em PICs 07 - Técnicas manuais em PICs 08 - Outras * Campo Obrigatório

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Procedimentos Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														
	Código do SIGTAP ^B (registre o código na vertical)														
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														

Procedimentos Consolidados

Total no Período	Aferição de PA		
	Aferição de Temperatura		
	Cursivo Simples		
	Coleta de material para Exame Laboratorial		
	Glicemia Capilar		
	Medição de altura		
	Medição de Peso		

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo
09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

* Campo Obrigatório



PREFEITURA MUNICIPAL DE DORES DO TURVO
ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Paciente: _____ PSF: ☐ Urbano ☐ Rural Zona: _____

REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

Material: ☐ Sangue ☐ Urina ☐ Lquor ☐ Secreção Tracoeal ☐ Secreção Incisional ☐ Outros: _____

Medicações em uso: ☐ Anti-agregante ☐ Antibiótico ☐ Anticoagulante ☐ Corticosteroide ☐ Citostático ☐ Outras: _____

BIOQUÍMICA	HEMATOLOGIA	IMUNOLOGIA	MICROBIOLOGIA
☐ Ácido Úrico	☐ Agregação plaquetária	☐ Alfa 1- Glicoproteína Ácida	☐ Antibiógrama
☐ Albumina	☐ Antitrombina III	☐ Anti-estreptolisina "O" (ASO)	☐ Bacterioscopia
☐ Amilase	☐ Bilirrubinas Totais e Frações	☐ Anti-HAV IgG	☐ Cultura Aeróbios
☐ Cálcio	☐ Dímero D (DDI)	☐ Anti-HAV IgM	☐ Cultura Anaeróbios
☐ Cálcio Iônico	☐ Eritograma	☐ Anti-HBe IgM	☐ Cultura para Bk
☐ CK Total	☐ Fator Rh	☐ Anti-HBe Total	☐ Cultura para Fungos
☐ CKMB Enzimático	☐ Falsificação	☐ Anti-HBe	☐ Pesquisa de BK
☐ CKMB Massa	☐ Fibrinogênio	☐ Anti-HBs	☐ Pesquisa de Fungos
☐ Cloro	☐ Gama G. T	☐ Anti-HCV	FEZES
☐ Colesterol Total	☐ Grupo Sanguíneo	☐ Anti-HIV	☐ Coprológico Funcional
☐ Creatinina	☐ Hematócrito (Ht)	☐ Anti-peroxidase (Anti-TPO)	☐ Kato - Katz
☐ Desidrogenase Lática (DHL)	☐ Hemoglobina (Hb)	☐ Anti-tireoglobulina	☐ Pesquisa de Leucócitos
☐ Eletroforese de Proteínas	☐ Hemograma completo	☐ C3	☐ Sangue Oculto
☐ Ferritina	☐ Leucograma	☐ C4	URIANÁLISE
☐ Ferro	☐ Plaquetas	☐ Chagas (IFI + HMA)	☐ Dismorfismo Eritrocitário
☐ Fosfatase Ácida Prostática	☐ Prova do laço	☐ Citomegalovirus IgG	☐ EAS / Urina Tipo 1
☐ Fosfatase Ácida Total	☐ Reticulócitos	☐ Citomegalovirus IgM	☐ Proteína de Bence Jones
☐ Fosfatase Alcalina	☐ RNI	☐ Coombs Direto	MARCADORES TUMORAIS
☐ Fósforo	☐ T. de coag. Ativado (TCA)	☐ Coombs Indireto	☐ CA 125
☐ Gasometria Arterial	☐ T. de coagulação (TC)	☐ Fator Antinuclear (FAN)	☐ CA 15-3
☐ Gasometria Venosa	☐ T. de protrombina (TP)	☐ Fator Reumatóide (FR)	☐ CA 19-9
☐ Glicose	☐ T. de sangramento (TS)	☐ FTA - Abs	☐ CA 72-4
☐ HDL	☐ T. de trombina (TT)	☐ HBe Ag.	☐ CEA
☐ Hemogl. Glicosil. (HBA -lc)	☐ T. de tromboplastina (TTPa)	☐ HBs Ag	☐ CYFRA 21
☐ LDL	☐ VHS	☐ IgA Total	☐ hCG
☐ Magnésio	HORMÔNIOS	☐ IgE Total	☐ PSA Livre
☐ Mioglobina	☐ Estrógeno	☐ IgG Total	☐ PSA Livre/Total
☐ Potássio	☐ FSH	☐ IgM Total	☐ PSA Total
☐ Proteínas Totais e Frações	☐ LH	☐ LINE, CD 4 +	OUTROS
☐ Sódio	☐ Progesterona	☐ LINE, CD 8 +	
☐ T.O.T.G	☐ Prolactina	☐ Paul Bunnell	
☐ TGO (AST)	☐ T3	☐ Prot. C Reat. (PCR)	
☐ TGP (ALT)	☐ T3 livre	☐ Rubéola IgG	
☐ Triglicérides	☐ T4	☐ Rubéola IgM	
☐ Troponina	☐ T4 Livre	☐ Toxoplasmose IgG	
☐ Uréia	☐ Testosterona	☐ Toxoplasmose IgM	
☐ VLDL	☐ Testosterona livre	☐ TPHA	
	☐ TSH ultrasensível	☐ VDRL	
	☐ B-hCG	☐ Western Blot (HIV)	

Data da requisição: ____ / ____ / 20 ____ Realização do exame: ____ / ____ / 20 ____

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

☐ 7a. Achados no exame clínico

Mama direita

☐ Lesão papilar

Descarga papilar

☐ Cristalina
☐ Hemorrágica

Nódulo:

Localização:

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:

Localização:

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supradavicular

Mama esquerda

☐ Lesão papilar

Descarga papilar

☐ Cristalina
☐ Hemorrágica

Nódulo:

Localização:

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:

Localização:

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supradavicular

☐ 7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita

☐ nódulo
☐ microcalcificação
☐ assimetria focal
☐ assimetria difusa
☐ área densa
☐ distorção focal
☐ linfonodo axilar

Mama esquerda

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

☐ 7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita

☐ nódulo
☐ microcalcificação
☐ assimetria focal
☐ assimetria difusa
☐ área densa
☐ distorção focal
☐ linfonodo axilar

Mama esquerda

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

☐ 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

☐ Mama direita

☐ Mama esquerda

☐ 7e. Revisão da mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mama direita

☐ Categoria 0
☐ Categoria 3
☐ Categoria 4
☐ Categoria 5

Mama esquerda

☐
☐
☐
☐

☐ 7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno

Mama direita

☐ nódulo
☐ microcalcificação
☐ assimetria focal
☐ assimetria difusa
☐ área densa
☐ distorção focal
☐ Linfonodo axilar

Mama esquerda

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

8 - Mamografia de rastreamento

☐ 8a. População alvo

☐ 8b. População de risco elevada (história familiar)

☐ 8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação*

Responsável*

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica

7a - Achados no exame clínico

Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintomas de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar supradavicular).

7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS[®])

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão pre-neoplásica benigna.

7c - Lesão com diagnóstico de câncer

Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento.

7d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta.

7e - Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de outra instituição nas categorias 0, 3, 4 e 5 para revisão de resultado.

7f - Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de biópsia de fragmento ou PAAF de lesão benigna.

8 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres asintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou rastros de 35 anos com história familiar (população de risco elevada - história familiar) ou história pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados). Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama.

Localização:

QSL - Quadrante superior lateral

QIL - Quadrante inferior lateral

QSM - Quadrante superior medial

QIM - Quadrante inferior medial

UQlat - União dos quadrantes laterais

UQmed - União dos quadrantes mediais

UQinf - União dos quadrantes inferiores

UQmed - União dos quadrantes mediais

RRA - Região retroaxilar

RC - Região central (união de todos os quadrantes)

PA - Prolongamento axilar

NR - Não realizado



SECRETARIA DE SAÚDE
DORES DO TURVO - MG

Item 11

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
MUNICÍPIO DE DORES DO TURVO
TFD (TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO)



MUNICÍPIO DE ORIGEM		MUNICÍPIO DE DESTINO	
NOME		NOME	
FILIAÇÃO		FILIAÇÃO	
PROFISSÃO		PROFISSÃO	
NOME		NOME	
RESIDÊNCIA		RESIDÊNCIA	
HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL		HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL	
EXAME FÍSICO		EXAME FÍSICO	
DIAGNÓSTICO		DIAGNÓSTICO	
TRATAMENTO EXAME INDICADO		TRATAMENTO EXAME INDICADO	
OUTRAS ANOTAÇÕES		OUTRAS ANOTAÇÕES	
LOCAL E DATA		LOCAL E DATA	
O PACIENTE DEVERÁ COMPREENDER A UNIDADE ASSISTENCIAL		O PACIENTE DEVERÁ COMPREENDER A UNIDADE ASSISTENCIAL	
ENDEREÇO		ENDEREÇO	
Cidade		Cidade	
Estado		Estado	
CEP		CEP	
Assinatura do Funcionário		Assinatura do Funcionário	
Data		Data	
Hora		Hora	



SECRETARIA DE SAÚDE
DORES DO TURVO - MG

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
MUNICÍPIO DE DORES DO TURVO
TFD (TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO)



1. MUNICÍPIO DE DORES DO TURVO		2. DRS	
3. NOME	4. NÚMERO		
5. RESIDÊNCIA	6. IDENTIDADE		
7. PROFISSÃO	8. TELEFONE	9. CEP	
10. NOME	11. DATA DE NASCIMENTO		
12. RESIDÊNCIA	13. TELEFONE	14. CEP	15. IDENTIDADE
16. HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL		17. RELAÇÃO COM O PACIENTE	
18. EXAME FÍSICO			
19. DIAGNÓSTICO			
20. TRATAMENTO EXAME INDICADO			
21. CID			
22. OUTRAS ANOTAÇÕES			
23. LOCAL E DATA			
24. O PACIENTE DEVERÁ COMPARECER À UNIDADE ASSISTENCIAL			
25. MÉDICO ASSISTENTE			
26. ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO			
27. HORAS			

Item 15



PREFEITURA MUNICIPAL DE DORES DO TURVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL
REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

UF Cartão SUS CNES da Unidade de Saúde
 Unidade de Saúde
 Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome Completo da Mulher
 Nome Completo da Mãe
 Apellido da Mulher
 Identidade Órgão Emissor UF CPF (CPF)
 Data de Nascimento / / Idade
 Dados Residenciais
 Logradouro
 Número Complemento
 Bairro UF
 Município
 CEP DDD Telefone
 Posto de Referência
 Escolaridade: ☐ Analfabeta ☐ 1º Grau Incompleto ☐ 1º Grau completo ☐ 2º Grau completo ☐ 3º Grau completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Fez o exame preventivo (Papaniwalau) alguma vez?

☐ Sim. Quando fez o último exame?
 ano

☐ Não ☐ Não sabe

2. Usa DIU? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

3. Está grávida? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

4. Usa pílula anticoncepcional?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

6. Já fez tratamento por radioterapia?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

7. Data da última menstruação / regra-

/ / ☐ Não sabe / Não lembra

8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?

(não considerar a primeira relação sexual na vida)

☐ Sim
☐ Não / Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?

(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)

☐ Sim
☐ Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

10. Inspeção do colo

☐ Normal
☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirada cirurgicamente)
☐ Alterado
☐ Colo não visualizado

11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?

☐ Sim
☐ Não

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos

Data de coleta / / Coletor

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

UNES do Laboratório

Número do Exame

Nome do Laboratório

Recebido em:

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Adequabilidade de material

- ☐ Satisfatória
- ☐ Satisfatória mas limitada por ausência de dados clínicos (idade e DLW)
- ☐ Satisfatória mas limitada por presença de sangue
- ☐ Satisfatória mas limitada por pusulento
- ☐ Satisfatória mas limitada por áreas espessas
- ☐ Satisfatória mas limitada por dessecamento
- ☐ Satisfatória mas limitada por ausência de células endocervicais
- ☐ Satisfatória mas limitada por outras causas

☐ DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- ☐ Inflamação
- ☐ Metaplasia escamosa
- ☐ Reparação
- ☐ Atrófia com inflamação
- ☐ Rindição _____
- ☐ Outras _____

MICROBIOLOGIA

- ☐ Lactobacilos
- ☐ Coan
- ☐ Bacilos
- ☐ Sugestivo de *Chlamydia* sp
- ☐ *Candida* sp
- ☐ *Trichomonas vaginalis*
- ☐ Vírus grupo herpes
- ☐ *Gardnerella vaginalis*
- ☐ Outras _____

- ☐ Insatisfatória - sem identificação da lâmina ou identificação errada
- ☐ Insatisfatória - identificação da lâmina não coincide com a do formulário
- ☐ Insatisfatória - material escasso ou hemorrágico
- ☐ Insatisfatória - dessecamento
- ☐ Insatisfatória - áreas espessas
- ☐ Insatisfatória - esfregaço purulento
- ☐ Insatisfatória - lâmina danificada ou ausente
- ☐ Insatisfatória por outras causas

ALTERAÇÕES EM CÉLULAS EPITELIAIS

EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- ☐ Atípicos de significado indeterminado
- ☐ Eleito citopático compatível com HPV
- ☐ NIC I (Displasia leve)
- ☐ NIC II (Displasia moderada)
- ☐ NIC III (Displasia acentuada / Carcinoma in situ)
- ☐ Carcinoma escamoso invasivo

EM CÉLULAS GLANDULARES

- ☐ Atípicos de Significado Indeterminado
- ☐ Adenocarcinoma in situ
- ☐ Adenocarcinoma invasivo
- ☐ Outras neoplasias malignas _____
- ☐ Células endometriais presentes
- ☐ Observações gerais _____

Data da liberação

Responsável pelo resultado

CNPF (CPF)



MUNICÍPIO DE DORES DO TURVO

CNPJ: 18.128.249/0001-42

Praça Cônego Agostinho José de Resende, nº 30 - Centro

CEP: 36.513-000 / Dores do Turvo - MG

e-mail: prefeitura@doresdoturvo.mg.gov.br

Stm 85

Item 31



Município de Dores do Rio Preto
Governo Municipal

PREFEITURA MUNICIPAL DE DORES DO RIO PRETO
ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome do Paciente: _____

Data do Nascimento: _____

Endereço: _____

Município: _____

Idade: _____

anos: _____

meses: _____

dias

N.º: _____

Bairro: _____

Estado: _____

Data do Atendimento: _____

20 _____

Horta: _____

Assinatura do Paciente ou do Responsável Legal _____

☐ P.A-0301100039: _____

☒ Glicemia capilar - 0214010015: _____

☐ Curativo - 0401010023 _____

☐ ECG - 0211020036 _____

☐ Nebulização - 0301100101: SFO 0.9% _____

Outras: _____

TIPO DO ATENDIMENTO E CÓDIGO

mmHg

mg / dl

☐ Retirada do ponto - 0301100152 mmHg

☐ Injeção - 030110020: _____

☐ Coleta de sangue para triagem neonatal - 0201020050

☐ Coagulopatológico - 0201020033

gts Berotec _____ gts

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável _____



Item 34



PREFEITURA MUNICIPAL DE DORCAS DO TURVO
ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos: ____ meses ____ dias

Endereço: _____ Nº: ____ Bairro: _____

Município: _____ Estado: _____

Data do Atendimento ____/____/20____ Hora: ____:____:____

Assinatura do Paciente ou do Responsável Legal _____

BREVE HISTÓRIA (QUEIXAS): ☐ Dor ☐ Febre ☐ Hipotensão ☐ Vômito ☐ Inconsciente ☐ Diarréia ☐ Hipoglicemia ☐ Hiperglicemia
☐ Trauma ☐ Outros (Especificar): _____

ALERGIA ☐ Não ☐ Sim (Especificar): _____

ANAMNESE (CLIENTE AO CHEGAR AO PRONTO ATENDIMENTO CHEGOU): ☐ Deambulando ☐ Cadeira ☐ Maca ☐ Carregado

DADOS ANTROPOMÉTRICOS: Peso: ____ Kg Altura: ____ M

DADOS VITAIS (TRIAGEM DA ENFERMAGEM)

Frequência Cardíaca: ____ bpm PA: ____ X ____ mmHg Frequência Respiratória: ____ irpm

Temperatura axilar: ____ °C Pupilas ☐ Fotorreativas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Ptose

Glicemia capilar (se necessário): ____ mg/dl Dor: ☐ Não ☐ Sim (Especificar): _____

MEDICAÇÃO USUAL: _____

AVALIAÇÃO MÉDICA

OP: _____

HMA: _____

Exame Físico: _____

Diagnóstico Médico: _____

Prescrição Médica: _____

PACIENTE EM OBSERVAÇÃO: ☐ Sim ☐ Não

PACIENTE ENCAMINHADO: ☐ Sim ☐ Não

Código de Atendimento: _____ Tipo de Atendimento: _____ CID: _____

REAVLIAÇÃO MÉDICA (PACIENTES EM OBSERVAÇÃO): _____

Dorcas do Turvo, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura e Carimbo do Médico _____

Ficha de Registro de Enfermagem

Nome do paciente: _____

Acompanhante: _____

Sinais Vitais

Horário	PA (mmHg)	SpO2 (%)	FC (bpm)	FR (irpm)	HGT (mg/dL)	TAX

Peso: _____

Procedimentos Realizados

☐ Curativo

☐ Medicação (Especificar: _____
_____)

☐ Nebulização

☐ Coleta de Teste Rápido (Especificar: _____)

☐ Outro: _____

Registro de Enfermagem

Encaminhamentos

Assinatura e Carimbo do Profissional

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº: _____

Endereço completo e Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Idem: _____ Org. Emissor: _____

Cred: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA



SUS
Sistema
Único de
Saúde

MUNICÍPIO DE DORES DO TURVO
ESTADO DE MINAS GERAIS
CENTRO DE SAÚDE



SECRETARIA DE SAÚDE
DORES DO TURVO - MG

Saúde, seu direito e nosso compromisso.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DORES DO TURVO
ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº: _____

Endereço completo e Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Mor: _____ Org. Emissão: _____

Cidade: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA



PREFEITURA MUNICIPAL DE DORES DO TURVO
ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Paciente: _____ PSF ☐ Urbano ☐ Rural

Zona: _____

RECEITUÁRIO DE MEDICAÇÕES CONTÍNUAS

ENTREGAR SOMENTE OS ASSINALADOS COM (X). NÚMERO DE MEDICAMENTOS ASSINALADOS ()

MEDICAMENTO	DOSE	NÚMERO DE COMPRIMIDOS		
		MANHÃ	TARDE	NOITE
AAS	100 mg			
ÁCIDO FÓLICO	5 mg			
ALENDRONATO DE SÓDIO	70 mg			
ALOPURINOL	☐ 100 mg ☐ 300 mg			
AMINOFILINA	100 mg			
AMIODARONA	200 mg			
ANLODIPINO	5 mg			
APRESOLINA	25 mg			
ATENOLOL	☐ 25 mg ☐ 50 mg			
CAPTOPRIL	☐ 25 mg ☐ 50 mg			
CARBONATO DE CÁLCIO	1250 mg			
CARVEDILOL	☐ 3 125 mg ☐ 12,5 mg			
CINARIZINA	☐ 25 mg ☐ 75 mg			
CLORPROPAMIDA	250 mg			
COMBIRON	☐ Gotas ☐ Comprimido			
COMPLEXO B	☐ Gotas ☐ Comprimido			
DIGOXINA	0,25 mg			
ENALAPRIL	☐ 10 mg ☐ 20 mg			
ESPIRONOLACTONA	25 mg			
FENOFIBRATO	100 mg			
FUROSEMIDA	40 mg			
GLIBENCLAMIDA	5 mg			
GLICAZIDA	30 mg			
HIDROCLOROTIAZIDA	☐ 25 mg ☐ 50 mg			
LEVOTIROXINA DE SÓDIO	☐ 25 mcg ☐ 50 mcg ☐ 100 mcg			
LOSARTANA	☐ 25 mg ☐ 50 mg			
METFORMINA	☐ 500 mg ☐ 850 mg			
METILDOPA	☐ 250 mg ☐ 500 mg			
METOPROLOL SUCCINATO	50 mg			
METOPROLOL TARTARATO	100 mg			
NIFEDIPINA	20 mg			
NIMODIPINA	30 mg			
OMEPRAZOL	20 mg			
POLIVITAMÍNICO	☐ Gotas ☐ Comprimido			
PROPRANOLOL	40 mg			
PROTOVIT	GOTAS			
RANITIDINA	150 mg			
SINVASTATINA	☐ 10 mg ☐ 20 mg			
VARFARINA SÓDICA	5 mg			
VERAPAMIL	80 mg			

RENOVAÇÃO: _____ / _____ /20 _____ VENCIMENTO: _____ / _____ /20 _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE DORES DO TURVO
ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Paciente: _____ PSF ☐ Urbano ☐ Rural Zona: _____

RECEITUÁRIO DE MEDICAÇÕES CONTÍNUAS

ENTREGAR SOMENTE OS ASSINALADOS COM (X), NÚMERO DE MEDICAMENTOS ASSINALADOS ()

MEDICAMENTO	DOSE	NÚMERO DE COMPRIMIDOS		
		MANHÃ	TARDE	NOITE
AAS	100 mg			
ÁCIDO FÓLICO	5 mg			
ALENDRONATO DE SÓDIO	70 mg			
ALOPURINOL	☐ 100 mg ☐ 300 mg			
AMINOFILINA	100 mg			
AMIODARONA	200 mg			
ANLODIPINO	5 mg			
APRESOLINA	25 mg			
ATENOLOL	☐ 25 mg ☐ 50 mg			
CAPTOPRIL	☐ 25 mg ☐ 50 mg			
CARBONATO DE CÁLCIO	1250 mg			
CARVEDILOL	☐ 3 125 mg ☐ 12,5 mg			
CINARIZINA	☐ 25 mg ☐ 75 mg			
CLORPROPAMIDA	250 mg			
COMBIRON	☐ Gotas ☐ Comprimido			
COMPLEXO B	☐ Gotas ☐ Comprimido			
DIGOXINA	0,25 mg			
ENALAPRIL	☐ 10 mg ☐ 20 mg			
ESPIRONOLACTONA	25 mg			
FENOFIBRATO	100 mg			
FUROSEMIDA	40 mg			
GLIBENCLAMIDA	5 mg			
GLICAZIDA	30 mg			
HIDROCLOROTIAZIDA	☐ 25 mg ☐ 50 mg			
LEVOTIROXINA DE SÓDIO	☐ 25 mcg ☐ 50 mcg ☐ 100 mcg			
LOSARTANA	☐ 25 mg ☐ 50 mg			
METFORMINA	☐ 500 mg ☐ 850 mg			
METILDOPA	☐ 250 mg ☐ 500 mg			
METOPROLOL SUCCINATO	50 mg			
METOPROLOL TARTARATO	100 mg			
NIFEDIPINA	20 mg			
NIMODIPINA	30 mg			
OMEPRAZOL	20 mg			
POLIVITAMÍNICO	☐ Gotas ☐ Comprimido			
PROPRANOLOL	40 mg			
PROTOVIT	GOTAS			
RANITIDINA	150 mg			
SINVASTATINA	☐ 10 mg ☐ 20 mg			
VARFARINA SÓDICA	5 mg			
VERAPAMIL	80 mg			

RENOVAÇÃO: _____ / _____ /20 _____ VENCIMENTO: _____ / _____ /20 _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Item 55



Secretaria Municipal de Saúde de Dorcas
VIGILÂNCIA SANITÁRIA
AUTO TERMO



(01) DADOS	(02) MUNICÍPIO	(03) NÚMERO
------------	----------------	-------------

ESTABELECIMENTO	(04) NOME		(05) RAZÃO SOCIAL	
	(06) CNPJ		(07) INSCRIÇÃO ESTADUAL	
	(08) ENDEREÇO COMPLETO (AV./ RUA, Nº, BAIRRO)			
	(09) TELEFONE	(10) CEP	(11) MUNICÍPIO / LOCALIDADE	(12) UF
PROPRIETÁRIO RESP. TÉCNICO	(13) NOME		(14) NACIONALIDADE	
	(15) ESTADO CIVIL		(16) PROFISSÃO	
	(17) ENDEREÇO COMPLETO (AV./RUA, Nº, BAIRRO)			
	(18) TELEFONE	(19) CEP	(20) MUNICÍPIO	(21) UF
RESPONSÁVEL TÉCNICO	(22) NOME		(23) INSCRIÇÃO	
	(24) ENDEREÇO COMPLETO (AV, RUA, Nº, BAIRRO)			
	(25) TELEFONE	(26) CEP	(27) MUNICÍPIO	(28) UF
	(29) NOME		(30) INSCRIÇÃO	

(31) COM BASE (INCISO-ARTIGO-LEI-PORTARIA-RESOLUÇÃO)

(32) ☐ AUTO DE _____ ☐ PELO FATO DE _____	(33) ☐ TERMO DE _____ ☐ POR MEIO DO QUAL FICA _____
--	--

(34)

(35) O INFRATOR ESTARÁ SUJEITO A PENA DE _____

E RESPONDERÁ PELO FATO EM PROCESSO ADMINISTRATIVO, TENDO 15 (QUINZE) DIAS PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO, APÓS O RECEBIMENTO DE SUA NOTIFICAÇÃO.

(36)

NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / R.G. / FUNÇÃO / ASSINATURA	
NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / R.G. / FUNÇÃO / ASSINATURA	
NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / R.G. / FUNÇÃO / ASSINATURA	

LOCAL E DATA HORA ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL

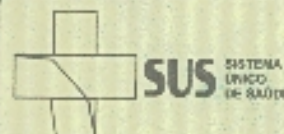
(37) POR MOTIVO DE RECUSA/AUSÊNCIA DO AUTUADO, ASSINAM AS TESTEMUNHAS:

1ª TESTEMUNHA - R.G. / ENDEREÇO

2ª TESTEMUNHA - R.G. / ENDEREÇO



Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
VIGILÂNCIA SANITÁRIA
AUTO TERMO



01 DADOS	02 MUNICÍPIO	03 NÚMERO
----------	--------------	-----------

ESTABELECIMENTO	04 NOME	05 RAZÃO SOCIAL		
	06 CNPJ	07 INSCRIÇÃO ESTADUAL	08 ATIVIDADE	
	09 ENDEREÇO COMPLETO (AV./ RUA, N°, BAIRRO)			
PROPRIETÁRIO/RESP. TÉCNICO	10 TELEFONE	11 CEP	12 MUNICÍPIO / LOCALIDADE	13 UF
	14 NOME	15 NACIONALIDADE		16 NATURALIDADE
	17 ESTADO CIVIL	18 PROFISSÃO	19 IDENTIDADE	20 CPF
PONSÁVEL TÉCNICO	21 ENDEREÇO COMPLETO (AV./RUA, N°, BAIRRO)			
	22 TELEFONE	23 CEP	24 MUNICÍPIO	25 UF
	26 NOME			
PONSÁVEL TÉCNICO	27 INSCRIÇÃO			
	28 ENDEREÇO COMPLETO (AV, RUA, N°, BAIRRO)			
	29 TELEFONE	30 CEP	31 MUNICÍPIO	32 UF

33 COM BASE (INCISO-ARTIGO-LEI-PORTARIA-RESOLUÇÃO)

34 ☐ AUTO DE	35 ☐ TERMO DE
☐ PELO FATO DE	☐ POR MEIO DO QUAL FICA

36

37 O INFRATOR ESTARÁ SUJEITO A PENA DE

E RESPONDERÁ PELO FATO EM PROCESSO ADMINISTRATIVO, TENDO 15 (QUINZE) DIAS PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO, APÓS O RECEBIMENTO DE SUA NOTIFICAÇÃO.

38

NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / R.G. / FUNÇÃO / ASSINATURA

NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / R.G. / FUNÇÃO / ASSINATURA

NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / R.G. / FUNÇÃO / ASSINATURA

LOCAL E DATA

HORA

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL

39 POR MOTIVO DE RECUSA/AUSÊNCIA DO AUTUADO, ASSINAM AS TESTEMUNHAS:

1ª TESTEMUNHA - R.G. / ENDEREÇO

2ª TESTEMUNHA - R.G. / ENDEREÇO

RETARIA DE SAÚDE DE DORES DO TURVO

Rua Nunes Vieira, s/nº - Dorés do Turvo - MG

P: 36.513-000 - Tel.: (32) 3576-1263 - E-mail: saude@doresdoturvo.mg.gov.br

“SUA SAÚDE É NOSSO COMPROMISSO”