

MODELOS DE REFERÊNCIA PARA OS MATERIAIS GRÁFICOS E BRASÃO



ITEM 01:

**MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN
PODER EXECUTIVO MUNICIPAL**

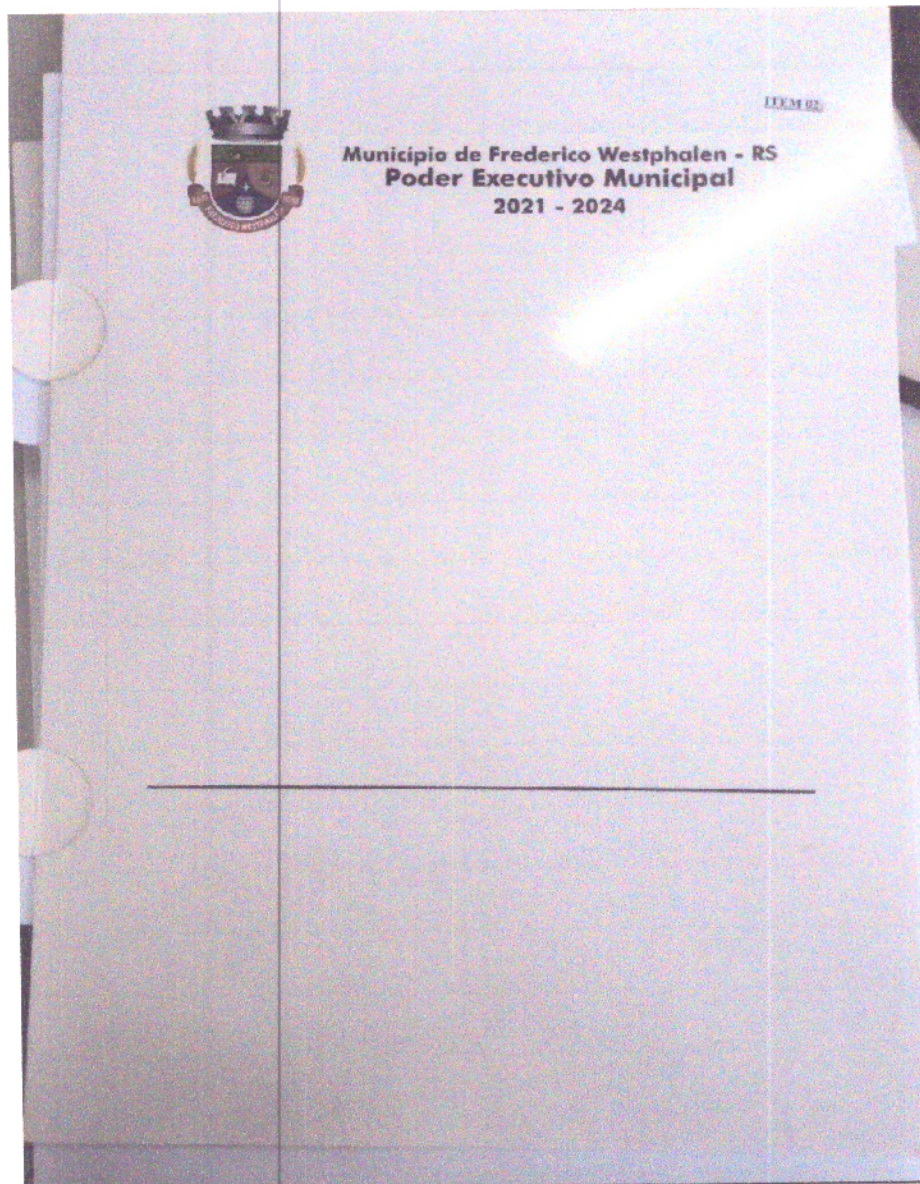


FONE 55 3744 5050

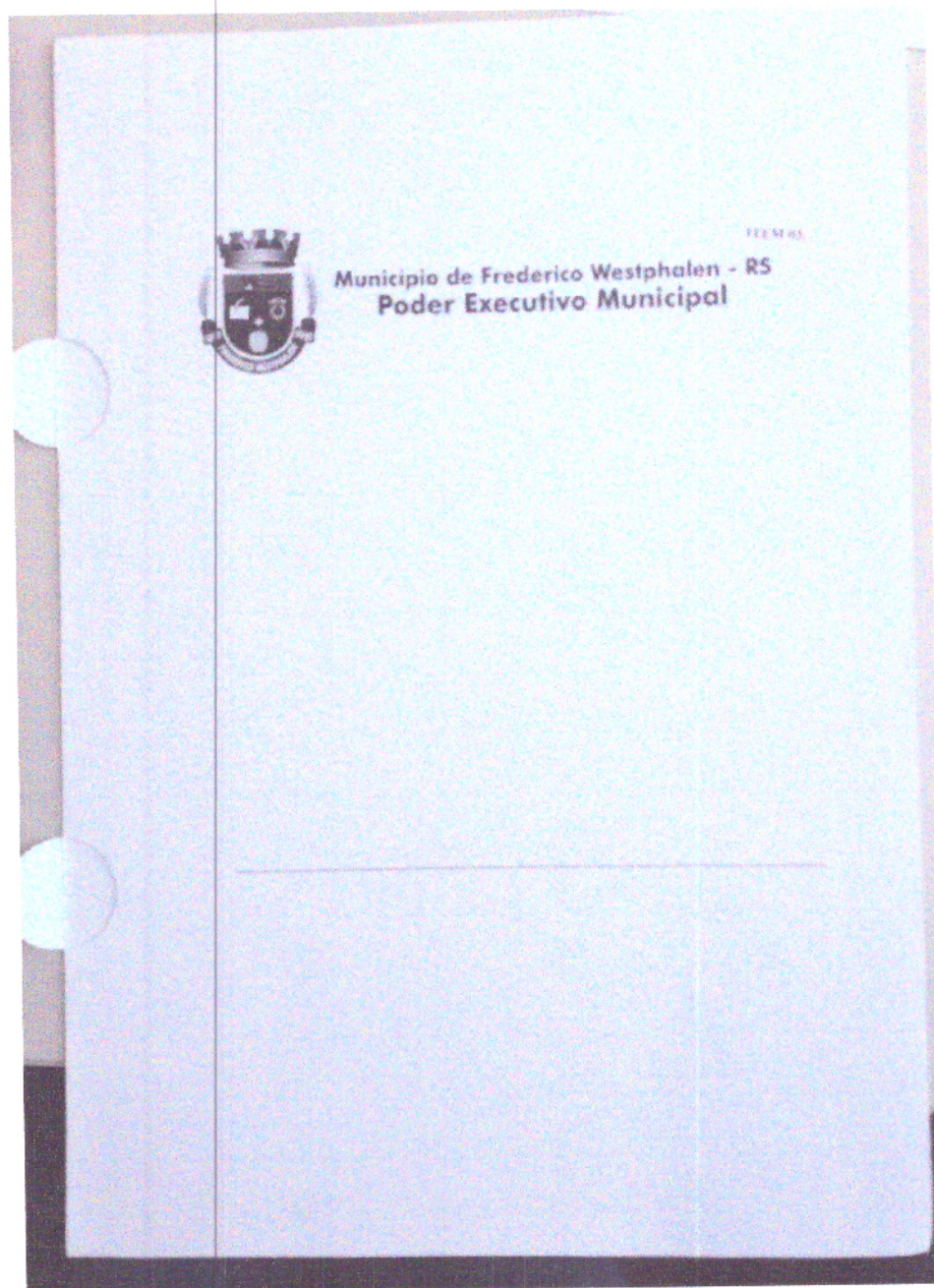
Rua José Cañellas, 258 - Centro - Frederico Westphalen/RS - CEP 98400-000

www.fredericowestphalen.rs.gov.br

ITEM 02:



ITEM 03:





ITEM 04:

MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN/RS
PODER EXECUTIVO MUNICIPAL

DE: _____

PARA: _____



Fone: 55 3744-5050 - Fax: 55 3744-3887
Rua José Cañellas, 258 - Centro - Frederico Westphalen/RS - CEP: 98400-000
www.fredericowestphalen.rs.gov.br

ITEM 05:

PREFEITURA MUNICIPAL DE FREDERICO WESTPHALEN - RS

Autorização para Pagamento de Diárias

R\$ _____

Autorizo a Secretaria Municipal da Fazenda a pagar ao Sr.

_____, a importância supra de

R\$ _____ (_____

_____), por ter viajado à cidade de _____

_____, nos dias _____ do mês de _____

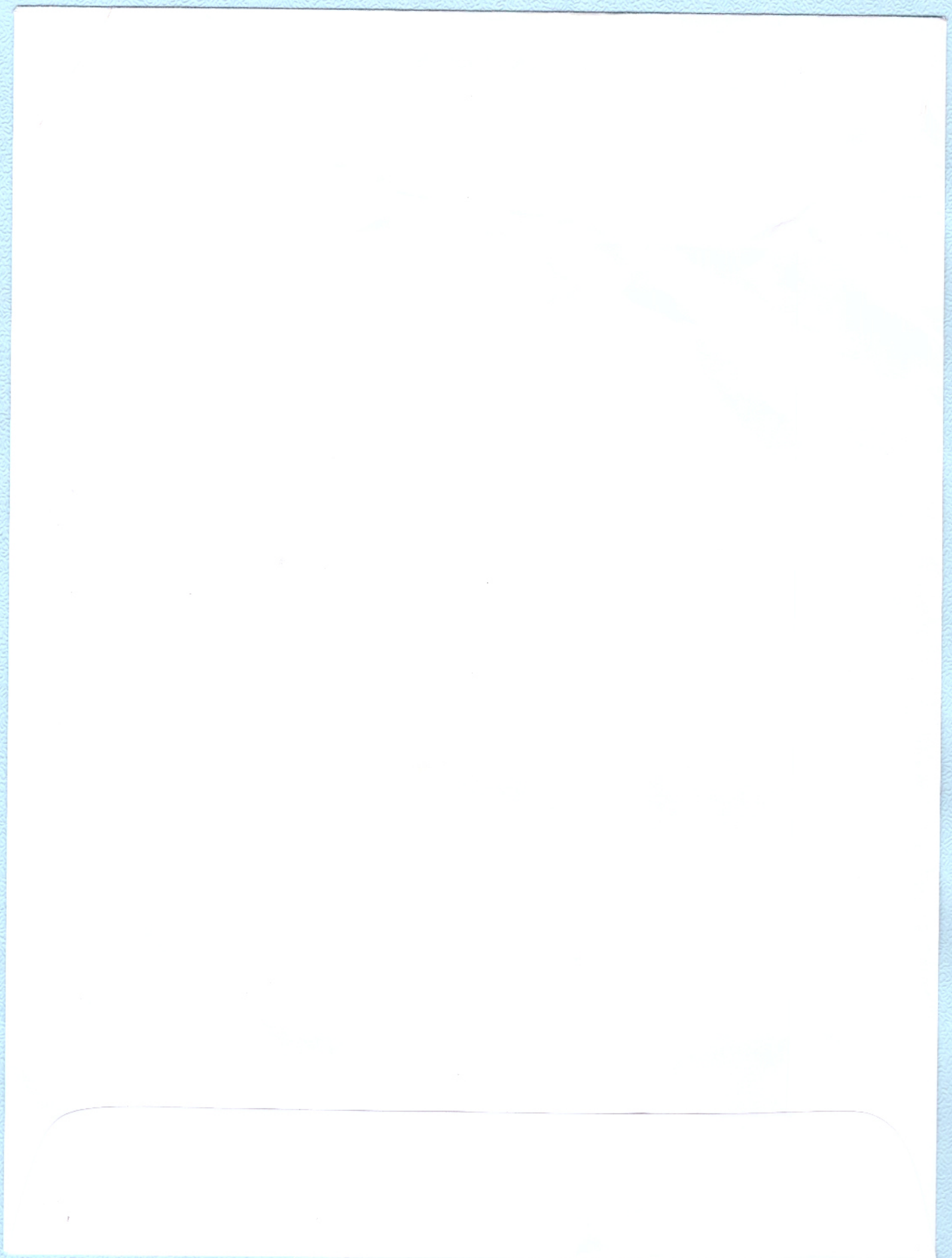
_____ de 20 _____, a serviços desta prefeitura para _____

Quant. Diárias	Preço Diária	TOTAL

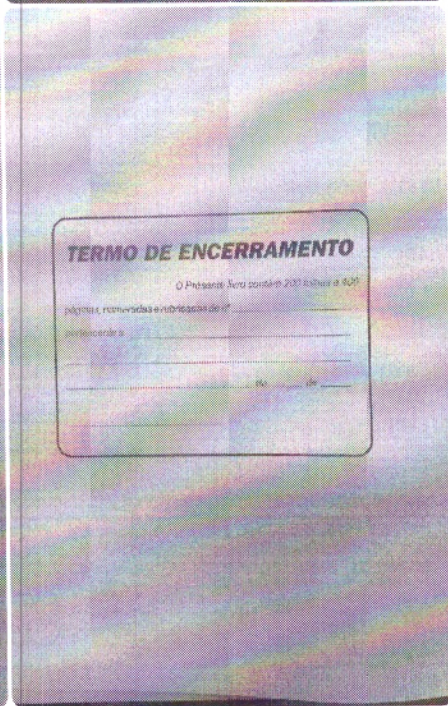
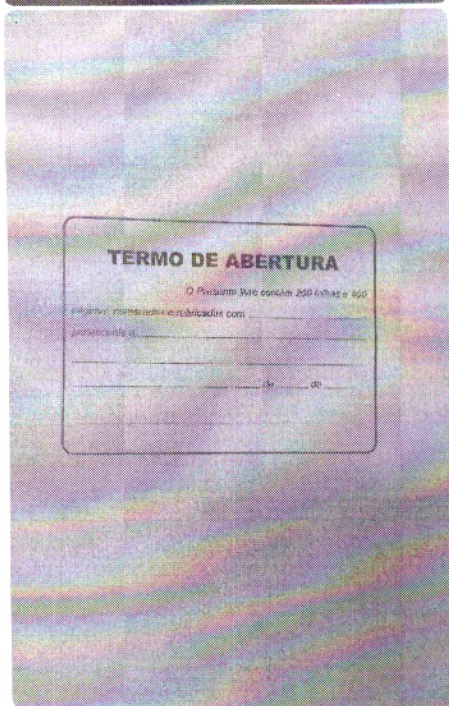
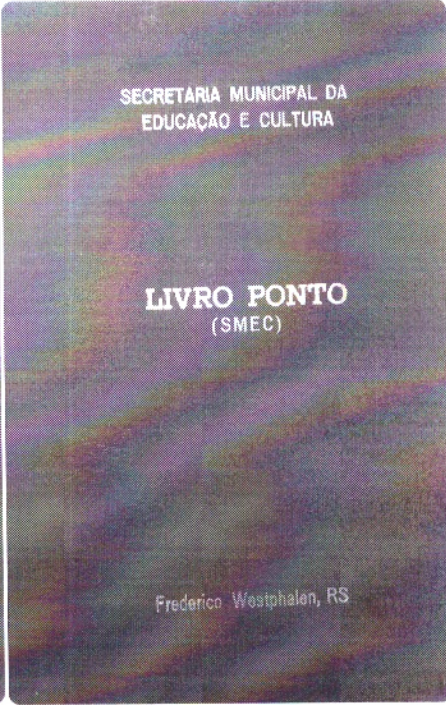
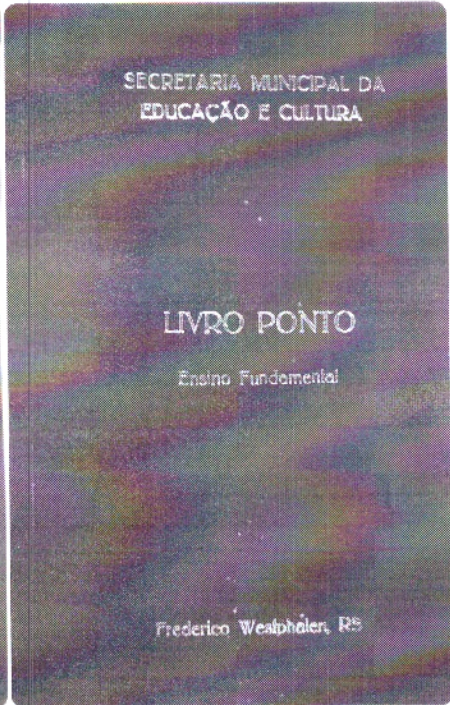
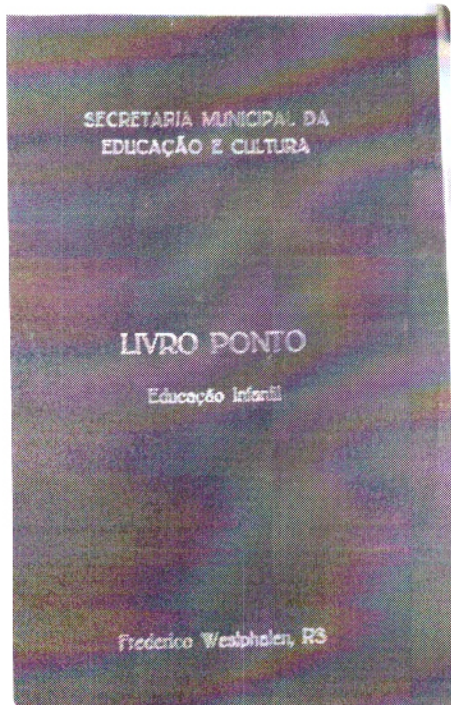
Frederico Westphalen, _____ de _____ de 20 _____

Carimbo e Assinatura

ITEM 06:



ITEM 07:



Nome: _____

Matrícula: _____

022

Matr. _____

Outr. _____

PT

Turno

	MANHÃ			TARDE			NOITE		
	ENTR.	SADA	SAÍDA	ENTR.	SADA	SAÍDA	ENTR.	SADA	SAÍDA
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

MANHÃ	2	3	4	5	6	7	8	9
TARDE								
NOITE								

Assinatura

ESTIMULAR A EVOLUÇÃO DAS CRIANÇAS FAZ TODA A DIFERENÇA

ITEM 08:

5-6 ANOS:

- Criar e desenhar histórias simples, com personagens e situações conhecidas.
- Usar a linguagem oral para contar histórias e relatar experiências.
- Usar a linguagem escrita para registrar histórias e experiências.

4-5 ANOS:

- Criar e desenhar histórias simples, com personagens e situações conhecidas.
- Usar a linguagem oral para contar histórias e relatar experiências.
- Usar a linguagem escrita para registrar histórias e experiências.

3-4 ANOS:

- Criar e desenhar histórias simples, com personagens e situações conhecidas.
- Usar a linguagem oral para contar histórias e relatar experiências.
- Usar a linguagem escrita para registrar histórias e experiências.

ESCREVA SEU NOME

18-36 MESES:

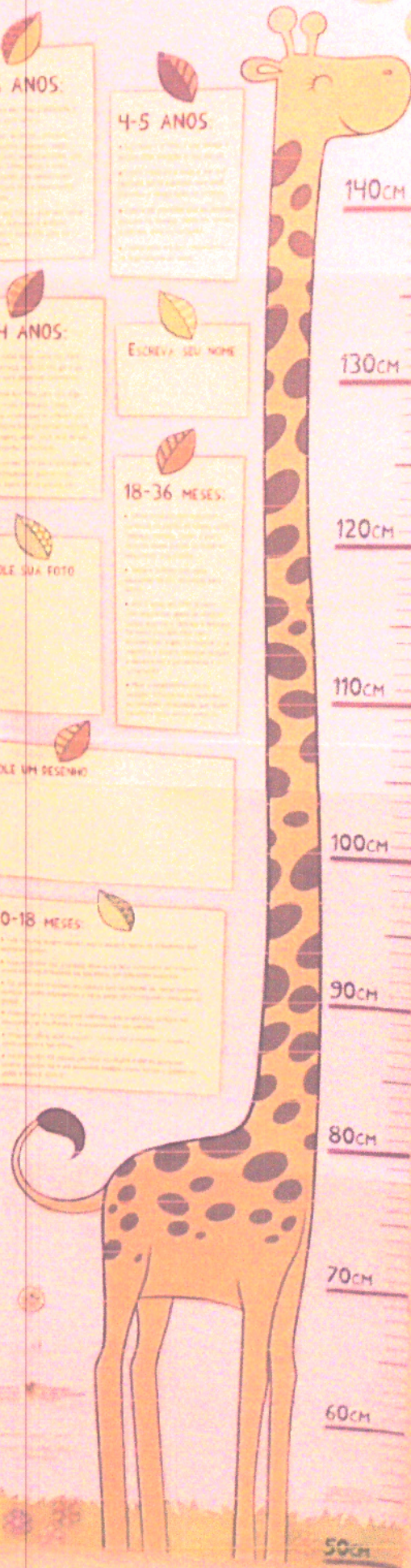
- Criar e desenhar histórias simples, com personagens e situações conhecidas.
- Usar a linguagem oral para contar histórias e relatar experiências.
- Usar a linguagem escrita para registrar histórias e experiências.

COLE SUA FOTO

COLE UM DESENHO

0-18 MESES:

- Criar e desenhar histórias simples, com personagens e situações conhecidas.
- Usar a linguagem oral para contar histórias e relatar experiências.
- Usar a linguagem escrita para registrar histórias e experiências.



140cm

130cm

120cm

110cm

100cm

90cm

80cm

70cm

60cm

50cm

ITEM 09:

DOE SANGUE



DOE VIDA

FRENTE

Nome: _____

Telefone: _____ Tipo Sanguíneo: _____



VERSO

Data da Doação:

Data da Doação:

Data da Doação:

Data da Doação:

Data da Doação:

Data da Doação:

Data da Doação:

Data da Doação:

Data da Doação:

Data da Doação:

Data da Doação:

Data da Doação:

ITEM 15:

Triagem Neonatal

a. Triagem de colírea corneal - Teste do reflexo

Deve ser realizado antes da alta da maternidade

() Não realizado () Realizado em

Colírea Direito: () Normal () Alterado

Colírea Esquerdo: () Normal () Alterado

Observação/encaminhamento:

b. Triagem de cariotipo cromossômico

Realizado na maternidade após 24h de vida

() Não realizado () Realizado em

Resultado: () Normal () Alterado

Observação/encaminhamento:

c. Triagem audiológica - Teste do reflexo

Deve ser realizado na maternidade entre 24 e 48h de vida

() Não realizado () Realizado em

Teste: () Encontra-se normal () Alterado

Observação/encaminhamento:

d. Triagem biológica - Teste da pele

Realizado na maternidade entre 3 e 6 dias

() Não realizado () Realizado em

Observação/encaminhamento:

Cartão da Criança

Nome da Criança:

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

Endereço:

Cidade/Estado: Telefone: CEP:

Data de Nascimento: Local:

Compartimento: Ponto de Parto: Ponto de Parto:

Parto 1: Tipo de Parto: Normal Cesárea

Observações:

DOSES / VACINAS	BCG	Hepatite B	Penta	YP	DATA DE NASCIMENTO	Rotavírus humano	Hepatite C	Outras Vacinas
AG NASCER								
1ª DOSE								
2ª DOSE								
3ª DOSE								
DOSES / VACINAS	Febre Amarela	Hepatite A	DTP	VOP	Triplice Viral	Tetra Viral	Varicela	HPV
DOSE								
DOSE								
REFORÇO								

ITEM 17:

Aviso de Visita Domiciliar

Sr. Morador, o Agente de Saúde esteve em sua residência
dia ____ / ____ às _____ horas para:

- ☐ Visita Periódica ☐ Cadastro/ Atualização ☐ Consultas/ Exames ☐ Outros Assuntos

Porém não obteve sucesso em encontrá-lo. O ACS irá voltar em até 30 dias para nova tentativa. ACS _____.

OBS.: As visitas domiciliares são realizadas uma vez por mês pelo ACS e para qualquer tipo de atendimento é extremamente necessário possuir o Cartão do SUS.



ITEM 19:

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Secretaria Municipal de Saúde

CNPJ: 87.612.917/0001-25

Rua 21 de Abril, s/nº
CEP 98400-000 - Frederico Westphalen - RS

1ª Via - Retenção da farmácia ou drogaria

2ª Via - Orientação do Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____


_____ Tel.: _____

Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



SIA/SUS - RS
 SISTEMA DE INFORMAÇÕES
 AMBULATORIAIS
 DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

15. NÚMERO DO ATENDIMENTO

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. MOTIVO DO ATENDIMENTO

1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO NOME DA UNIDADE: _____ ENDEREÇO: _____ MUNICÍPIO: _____ UF: _____ CÓDIGO SIA/SUS: _____	5. CÓDIGO ESPEC. ATIVID. PROFIS. (TABELA 1) <div></div>	8. CÓDIGO DA TABELA DE PROCEDIMENTO SIA / SUS <div></div>	10. DADOS DE EXAME CLÍNICO / TRATAMENTO / DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS <div></div>	11. ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL <div></div>
2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ UF: _____	6. TIPO (TABELA 2) <div></div>	12. DIAGNÓSTICO / CID <div></div>	14. PEGAR DIREITO <div></div>	
3. DATA DE ATENDIMENTO ____/____/____	4. HORA ATENDIMENTO <div></div>	7. GRUPO (TABELA 3) <div></div>	13. ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL <div></div>	

ITEM 21:



Estado do Rio Grande do Sul

MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN

Secretaria Municipal de Saúde



**FREDERICO
WESTPHALEN**

Administração 2017-2020
JUNTOS PODEMOS MAIS

Nome:

Frederico Westphalen ____/____/____

"Doe sangue, salve vidas, é um ato de amor"

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - PREFEITURA MUNICIPAL DE FREDERICO WESTPHALEN

Nome: _____

Peso: _____ Altura: _____ Sexo: _____ Data Nasc.: _____

Endereço: _____ Profissão: _____

Filiação: _____ e _____

[illegible][illegible]

ITEM 23:

DENGUE/ENTOMOLOGIA

Nº da amostra: _____

Município: _____

Bairro: _____

Estrato: _____

Quart.: _____ Casa nº: _____

Rua: _____

Depósito: _____

Código do depósito: _____

Nº de Larva: _____ Pupas: _____

Agente: _____

Data: ____/____/____

Laboratório: nº de larvas pupas _____

Ae. aegypti: Larvas _____ Pupas: _____

Ae. albopictus: Larvas _____ Pupas: _____

Outros: Larvas _____ Pupas: _____

ITEM 24:

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE****UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

CNPJ 87.612.917/0001-25

Rua Guararapes - Bairro Fátima

CEP 98400-000 - Frederico Westphalen - RS

1ª Via - Retenção da farmácia ou drogaria

2ª Via - Orientação do Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Cidade: _____

UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

ITEM 25:



UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

FREDERICO WESTPHALEN - RS

Nome:

Frederico Westphalen, ____/____/____

"DOE SANGUE SALVE VIDAS. É UM ATO DE AMOR."

ITEM 26:

e-SUS Atenção Básica		FICHA DE VISITA DOMICILIAR												DISTRITO POR		DATA									
														CONFIRMO POR		FOLHA Nº									
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*		CEP*		Cód. ONCA IPRIMAR*								Cód. EQUIPE PRM*				DATA*									
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
MUNICÍPIO		S	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X
Nº CARTÃO SUS																									
Data da visita domiciliar*		Dia/Mês/Ano		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Sexo*		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Relação com o paciente com diagnóstico de Hanseníase																									
Visto, realizado																									
Motivos da visita*																									
- Diagnóstico																									
- Exame																									
- Exame																									
- Condições clínicas de BPH e Família																									
- Cuidado																									
- Presença																									
- Risco de infecção																									
- Cuidado																									
- Medicação prescrita																									
- Presença em local adequado de tratamento																									
- Presença em local adequado																									
- Presença em local adequado																									
- Presença em local adequado																									
- Presença em local adequado																									
- Presença em local adequado																									
- Presença em local adequado																									
- Presença em local adequado																									
- Presença em local adequado																									
- Presença em local adequado																									
- Presença em local adequado																									
- Presença em local adequado																									
- Presença em local adequado																									
- Presença em local adequado																									
- Presença em local adequado																									

		1*	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Grupos de Atividade	Atividade com Água	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Atividade com SPOC (Atividade)	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Atividade com Dança	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Atividade com outros Recursos (Atividade)	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Atividade com Música	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Atividade com Tabela	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atividade com Respostas	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atividade	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atividade	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atividade	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atividade	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atividade	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atividade	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atividade	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legenda: ☐ Grupo de Atividade ☐ Grupo de Atividade (Atividade X na atividade)

* Campo Reservado

FRENTE

VERSO

ITEM 27:



PREF. MUN. DE FREDERICO WESTPHALEN

Secretaria Municipal da Saúde
e Ação Social

Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino

Ao comparecer para exames observe as seguintes instruções:

- 1 - Não faça Lavagens Vaginais.
- 2 - Evite relações sexuais na véspera e no dia do exame.
- 3 - O exame não deve ser feito durante o período de menstruação normal.

Município: _____

Ambulatório: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Município: _____

Prontuário Nº: _____

FRENTE

[illegible]

VERSO

ITEM 28:

[illegible]



RESPONSÁVEL			
Inspetor Geral		Inspetor	
Chefe de Equipe		Agente	

UF	
----	--

MUNICÍPIO		SUBLOCALIDADE	
-----------	--	---------------	--

LOCALIDADE			CATEGORIA			QUART. Nº	
------------	--	--	-----------	--	--	-----------	--

[illegible][illegible]

		FECHAMENTO		
RESIDENCIAL	R		PONTO ESTRATÉGICO	PE
COMERCIAL	C		OUTROS	O
TERRENO BALDIO	TB		TOTAL GERAL	

NOME				
------	--	--	--	--

[illegible]

DATA	
------	--



Nome: _____

Cadastro N.º: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Altura: _____ cm

Cartão SUS: _____

[illegible][illegible]

VERSO

[illegible]

ITEM 31:

ESTRATOG:

FOLHA: _____

[illegible]

ITEM 32:

[illegible][illegible]



ITEM 33:

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
19ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE**

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA MÉDICO ESPECIALIZADO			
UNIDADE:			CNES:
NOME DO PACIENTE:			
DATA DE NASCIMENTO:	CNS PACIENTE:		
ENDERECO:			
MUNICÍPIO:	CRS: 19ª	CEP:	
DATA DA CONSULTA:	DATA DO RETORNO:		
MOTIVO DO ATENDIMENTO			
TRATAMENTO / DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS			
EXAMES SOLICITADOS / REALIZADOS / RESULTADOS			
DIAGNÓSTICO			CIT.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO			
ESPECIALIDADE			
MÉDICO SOLICITANTE:			
CREMERS:			
CPF:			
ASSINATURA E CARIMBO:			
CNES:			
DATA:			



ITEM 34

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
11º CRS - ERECHIM

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA
ONCOLOGIA

Responsável SMS : _____ Telefone : _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome :		Idade :
Data Nascimento :	Cartão SUS :	
Naturalidade :	CPF :	RG :
Sexo :	Profissão :	Estado Civil :
Endereço :		Município :
Nome Resp. p/paciente :		Telefone :

2. INFORMAÇÕES PARA REFERÊNCIA

Especialidade :	<u>CID</u>
História Clínica :	
Exames Complementares :	
Motivo do Encaminhamento :	
Médico :	Local/Data :

3. INFORMAÇÕES PARA CONTRA-REFERÊNCIA

Parecer / Avaliação / Conduta :



MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SAMU 192 RS - BOLETIM DE ATENDIMENTO



SAMU
192

CHAMADO

Nº DATA HORA h min

MÉDICO (A) REGULADOR (A) Dr.(a)

☐ 1. SOCORRO☐ 2. TRANSPORTE

BASE

☐ H☐ SA☐ SB☐ IR☐ NN

MOTIVO

CLÍNICO

- ☐ 4. RESPIRATÓRIO ☐ 8. OBSTÉTRICO ☐ 12. METABÓLICO
☐ 5. CARDIOVASC. ☐ 9. PSIQUIÁTRICO ☐ 13. PEDIÁTRICO
☐ 6. NEUROLÓGICO ☐ 10. INFECCIOSO ☐ 14. OUTRO: _____
☐ 7. GASTRINTEST. ☐ 11. INTOXICAÇÃO EXÓG. _____

TRAUMÁTICO

- ☐ 15. COLISÃO ☐ 19. FAF ☐ 22. AFOGAMENTO
☐ 16. ATROPELAMENTO ☐ 20. FAB ☐ 23. ELETROPLESSÃO
☐ 17. QUEDA ☐ 21. QUEIMADURA
☐ 18. AGRESSÃO ☐ 24. OUTRO: _____

PACIENTE

NOME COMPLETO

☐ 25. Masc.

IDADE

☐ 26. Fem. 27. ANOS

ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE (RUA, Nº, AP, BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA)

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS

- ☐ 28. LIVRE
☐ 29. PARC. OBSTR.
☐ 30. OBSTRUÍDA

RESPIRAÇÃO

- ☐ 31. NORMAL
☐ 32. ALTERADA
☐ 33. AGÔNICA
☐ 34. APNÉIA

CIRCULATÓRIO

- ☐ 35. NORMAL
☐ 36. SANGRAMENTO
☐ 37. CHOQUE
☐ 38. PCR

NEUROLÓGICO

- ☐ 39. NORMAL ☐ 42. CONFUSÃO
☐ 40. CONVULSÃO ☐ 43. COMA
☐ 41. AGITAÇÃO

EXPOSIÇÃO

- ☐ 44. SEM ALTERAÇÃO ☐ 47. FRATURAS
☐ 45. QUEIMADURA ☐ 48. FERIMENTOS
☐ 46. DEFORMIDADES

SINAIS VITAIS

HORA

P.A.

F.C.

F.R.

Sat. 02%

T. Axilar °C

HGT

Glasgow

ETR

ETP

INÍCIO

FIM

PROCEDIMENTOS EFETUADOS

- ☐ 49. ADM. OXIGÊNIO ☐ 54. RPC ☐ 59. INTRAÓSSEA ☐ 64. DESFIBRILAÇÃO ☐ 69. KED
☐ 50. GUEDE. ☐ 55. PUNÇÃO TORÁCICA ☐ 60. FLEBOTOMIA ☐ 65. OXIMETRIA ☐ 70. PRANCHA LONGA
☐ 51. ASPIRAÇÃO ☐ 56. DRENAGEM TORÁCICA ☐ 61. PUNÇÃO PERICÁRDICA ☐ 66. COLAR CERVICAL ☐ 71. *Pressão arterial*
☐ 52. INTUBAÇÃO (OT. NT) ☐ 57. VEIA PERIFÉRICA ☐ 62. Sonda GÁSTRICA ☐ 67. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS ☐ 72. *HGT*
☐ 53. PUNÇÃO CRICO ☐ 58. INTRACATH ☐ 63. Sonda VESICAL ☐ 68. CURATIVO ☐ 73. *Temperatura*

AVALIAÇÃO MONITOR ECG:

REPOSIÇÃO VOLÊMICA / MEDICAMENTOS:

TRANSP.

TIPO

ORIGEM

DESTINO

CONTATO NO DESTINO

- ☐ 74. SIMPLES ☐ 75. MEDICALIZADO

REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO

REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO

INCIDENTE

- ☐ 76. CANCELADO ☐ 78. ÓBITO ☐ 80. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO ☐ 82. OUTRO
☐ 77. FALSO ☐ 79. RECUSOU ATENDIMENTO ☐ 81. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL

RECUSA NO ATENDIMENTO

Eu _____, RG _____, sabedor
 que sou da necessidade de Atendimento de urgência, recuso o Atendimento pelo SAMU em _____ / _____ / _____, às _____ h.

Ass.:

Testemunha: _____ RG: _____

ACIDENTE DE TRABALHO

☐ SIM☐ NÃO

OBSERVAÇÕES

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FREDERICO WESTPHALEN/RS
FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA**

ITEM 37:

Nome do Paciente: _____

Comunicado Familiar: () Sim: _____ **Hora:** _____ () Não

Endereço: _____

ESF: _____ **Deslocamento:** () Próprio () Secretaria Municipal de Saúde

Idade: _____ **Sexo:** () F () M **Data:** ____/____/____ **Horário:** _____

Destino/Profissional: _____

História Clínica e Consultas Realizadas:

Sinais Vitais

PA: _____ mmHg

Pulso: _____ bpm

FR: _____ mrm

Temperatura: _____

Assinatura e Carimbo do Profissional:

Assinatura do Paciente ou Acompanhante:



*Secretaria Municipal de Saúde - Frederico Westphalen - RS.
Telefone: (055) 3744 4911 ou 3744 6922*

**Ficha de Orientações ao Paciente.
Setor de Agendamento de Consultas.**

Hospital: _____

Paciente: _____

Data: ____ / ____ / ____ Horário: _____

Médico: _____

Observações: _____

Vacinação contra COVID para crianças de 5 a 11 anos

Nome Criança / CPF ou CNS

Nome do Responsável / CPF

Telephone

Comorbidade

Assinatura

ITEM 40:

[illegible]

Vacinação contra COVID para crianças de 5 a 11 anos

PFIZER

[illegible]

ITEM 41:

VACINA COVID

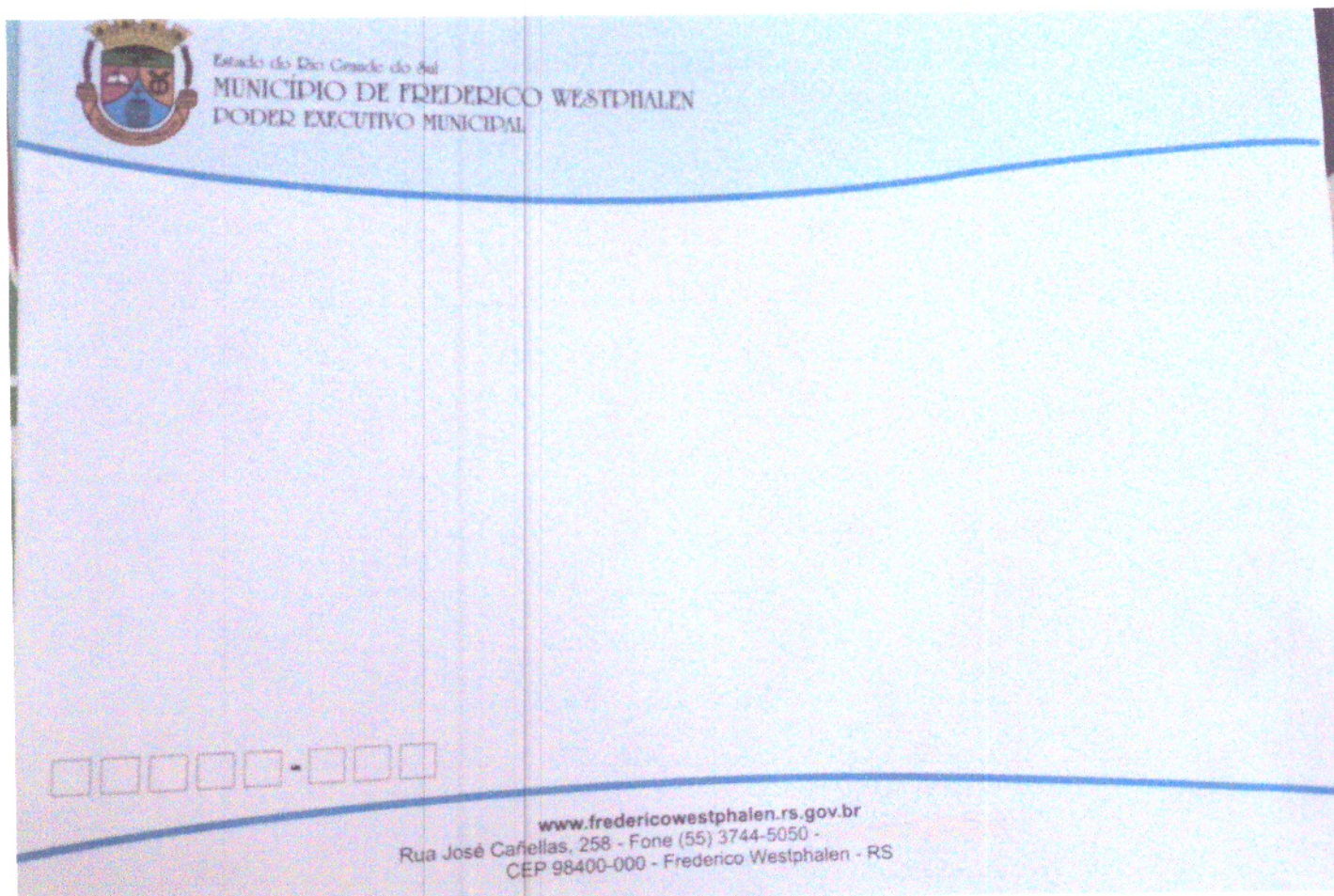
N.º LOTE/LABORATÓRIO: _____

DATA: _____/_____/_____

ITEM 42:

[illegible]

ITEM 43:



FREDERICO WESTPHALEN
EM CONSTANTE DESENVOLVIMENTO

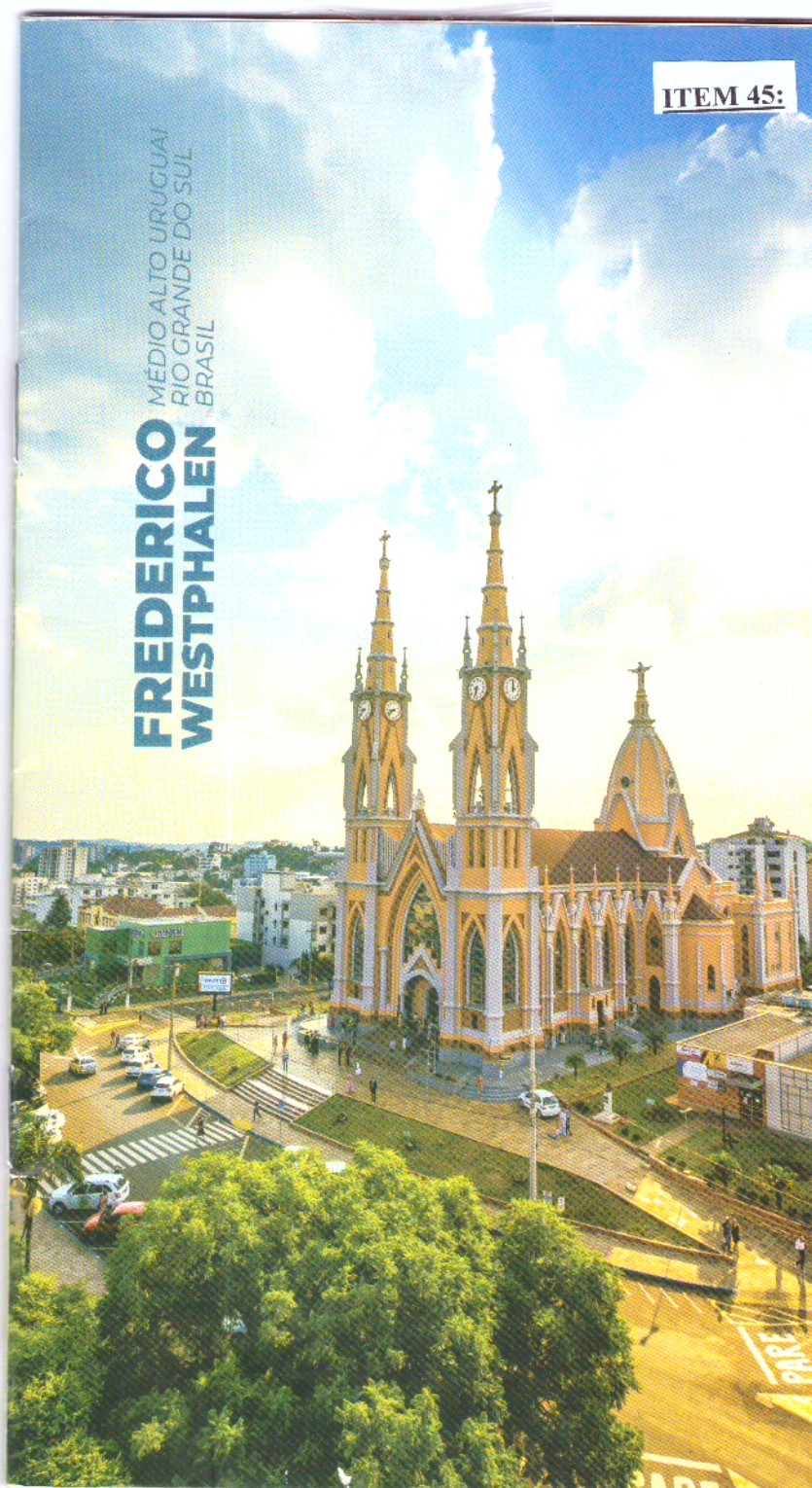
Coordenadora Sala do Empreendedor

SALA DO EMPREENDEDOR

Secretaria de Indústria, Comércio e Turismo
ad@fredericowestphalen.rs.gov.br
55 3744 5050 - R 247
55 9.9905-3009

Rua José Cañellas, 258, Centro • Frederico Westphalen/RS
• CEP 98400-000

ITEM 44 e 48:




ITEM 46:

<p>Pianta nº:</p> <p>Alvará de Construção nº:</p> <p>Proprietário:</p> <p>Endereço da Obra:</p> <p>ART/RRT nº:</p> <p>Obs.:</p>	<p>OBRA APROVADA</p> <p>Responsável Técnico:</p> <p>Nome:</p> <p>CREA / CAU nº:</p>
---	--

**PREFEITURA MUNICIPAL DE
FREDERICO WESTPHALEN - RS**



ITEM 47:

 **ITEM 47:**
Município de Frederico Westphalen - RS
Poder Executivo Municipal
2021 - 2024

COMPDEC FREDERICO WESTPHALEN-RS
Prefeitura Municipal de Frederico Westphalen/RS

Assunto: SOLICITAÇÃO DE MATERIAL.



Fotos ilustrativas



Obs.: é só um modelo,

As imagens vamos ver antes de mandar confeccionar.

ITEM 50:



Estado do Rio Grande do Sul

PREFEITURA MUNICIPAL DE FREDERICO WESTPHALEN

Secretaria Municipal de Obras, Viação e Serviços Urbanos
Secretaria Municipal da Agricultura

FICHA DE ATENDIMENTO

Data ____/____/____ Ref. Recibo Nº: ____

Solicitante: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Bairro: _____ Localidade: _____

Ponto de Referência: _____

Tipo de Serviço: _____ Horas Solicitadas: _____

Máquina: _____ Horas Feitas: _____

Data Execução do Serviço: ____/____/____ Operador: _____

OBS.: Declaro que recebi o serviço de acordo com o solicitado.

Assinatura

ITEM 51:



Estado do Rio Grande do Sul

PREFEITURA MUNICIPAL DE FREDERICO WESTPHALEN

Secretaria Municipal de Obras, Viação e Serviços Urbanos

FICHA DE ATENDIMENTO DA ILUMINAÇÃO PÚBLICA

Data: ____/____/____

Solicitante: _____ Fone: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Localidade: _____

TIPO DE SERVIÇO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> LÂMPADA QUEIMADA - QT | <input type="checkbox"/> REATOR |
| <input type="checkbox"/> LÂMPADA QUEBRADA - QT | <input type="checkbox"/> CALHA DANIFICADA |
| <input type="checkbox"/> CALHA NOVA | <input type="checkbox"/> OUTROS(_____) |

Data Execução do Serviço: ____/____/____ Eletricista: _____

Obs.: _____

ITEM 52:

[illegible][illegible]

OBS: PARA OS ITENS: **10, 11** (PANFLETOS); **12, 13** (CARTAZES); **14** (BOBINA) E **18** (PASTA COM BOLSO INTERNO) DEVERÁ SER CONSIDERADO AS DESCRIÇÕES CONTIDAS NO TERMO DE REFERÊNCIA, POR NÃO HAVER MODELO DE REFERÊNCIA E A ARTE SER INFORMADA/ENVIADA NO MOMENTO DA SOLICITAÇÃO.



BRASÃO