



Secretaria Municipal de Saúde de Campina Verde - MG
REQUISIÇÃO / RESULTADO DE EXAMES



00012023M (01)
SISTEMA
UNICO
DE SAUDE

01) Unidade Assistencial

02) Nome do Paciente

03) Prontuário

04) Idade

05) Sexo

M

F

06) Clínica

07) Dados Clínicos

08) Material a Examinar

09) Exames Solicitados

De _____ de 20____
Local e Data

Carimbo e Assinatura do Médico



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA VERDE
REQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO

Nº 5378

PACIENTE:														
MÉDICO:														
QUANT.	APRESENTAÇÃO							DESCRIÇÃO						
<input type="checkbox"/>	Cx	<input type="checkbox"/>	Pct	<input type="checkbox"/>	Unid	<input type="checkbox"/>	Galão	<input type="checkbox"/>	Frasco	<input type="checkbox"/>	Rolo	<input type="checkbox"/>	Bloco	
<input type="checkbox"/>	Cx	<input type="checkbox"/>	Pct	<input type="checkbox"/>	Unid	<input type="checkbox"/>	Galão	<input type="checkbox"/>	Frasco	<input type="checkbox"/>	Rolo	<input type="checkbox"/>	Bloco	
<input type="checkbox"/>	Cx	<input type="checkbox"/>	Pct	<input type="checkbox"/>	Unid	<input type="checkbox"/>	Galão	<input type="checkbox"/>	Frasco	<input type="checkbox"/>	Rolo	<input type="checkbox"/>	Bloco	
<input type="checkbox"/>	Cx	<input type="checkbox"/>	Pct	<input type="checkbox"/>	Unid	<input type="checkbox"/>	Galão	<input type="checkbox"/>	Frasco	<input type="checkbox"/>	Rolo	<input type="checkbox"/>	Bloco	
<input type="checkbox"/>	Cx	<input type="checkbox"/>	Pct	<input type="checkbox"/>	Unid	<input type="checkbox"/>	Galão	<input type="checkbox"/>	Frasco	<input type="checkbox"/>	Rolo	<input type="checkbox"/>	Bloco	
<input type="checkbox"/>	Cx	<input type="checkbox"/>	Pct	<input type="checkbox"/>	Unid	<input type="checkbox"/>	Galão	<input type="checkbox"/>	Frasco	<input type="checkbox"/>	Rolo	<input type="checkbox"/>	Bloco	
<input type="checkbox"/>	Cx	<input type="checkbox"/>	Pct	<input type="checkbox"/>	Unid	<input type="checkbox"/>	Galão	<input type="checkbox"/>	Frasco	<input type="checkbox"/>	Rolo	<input type="checkbox"/>	Bloco	
<input type="checkbox"/>	Cx	<input type="checkbox"/>	Pct	<input type="checkbox"/>	Unid	<input type="checkbox"/>	Galão	<input type="checkbox"/>	Frasco	<input type="checkbox"/>	Rolo	<input type="checkbox"/>	Bloco	
<input type="checkbox"/>	Cx	<input type="checkbox"/>	Pct	<input type="checkbox"/>	Unid	<input type="checkbox"/>	Galão	<input type="checkbox"/>	Frasco	<input type="checkbox"/>	Rolo	<input type="checkbox"/>	Bloco	
<input type="checkbox"/>	Cx	<input type="checkbox"/>	Pct	<input type="checkbox"/>	Unid	<input type="checkbox"/>	Galão	<input type="checkbox"/>	Frasco	<input type="checkbox"/>	Rolo	<input type="checkbox"/>	Bloco	

Responsável pela Requisição

DATA: / /



SECRETARIA MUNICIPAL DE CAMPINA VERDE - MG



RECEITUÁRIO MÉDICO

CARIMBO DA UNIDADE

Nº DA MATRÍCULA



MS-FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS
DIÁRIO DE ATIVIDADES

FPCDH-01

A 1 - Localização da Unidade Domiciliar

Data Atividade __/__/__

Código do Município

Nome do Município

Atividades

- 1 - Pesquisa 5 - At. Notific.
 2 - Borrifação
 3 - Visita ao PIT s/ Notific.
 4 - Visita ao PIT c/ Notific.

Código da Localidade

Nome da Localidade

Nr. Casa

Compl.

Pendência da Pesquisa

- 1 - Recusa 2 - Casa Fechada

Pendência da Borrifação

- 1 - Recusa 2 - Casa Fechada

Nome do Morador

Nº Hab.

Nº Anexos

2 - Dados da Pesquisa e Borrifação

- 1 - Alvenaria c/Reboco 2 - Alvenaria s/Reb. 3 - Barro c/Reboco 4 - Barro s/Reb. 5 - Madeira 6 - Outros

Tipo de Teto

- 1 - Telha 2 - Palha 3 - Madeira 4 - Metálico 5 - Outros

Situação da Casa

- 1 - Nova 2 - Demolida

Intradomicílio

Peridomicílio

Captura

Vestígios

Local de Captura

Utilizando

Captura

Vestígios

Local de Captura

Triatomíneo

Ovos

Sala

Cozinha

Bio-Sensor

Triatomíneo

Ovos

Galinheiro Paiol

Outros

Outros

Quarto

Outros

Outros

Outros

Chiqueiro Outros

Tipo de Desalojante

Nº de Cargas

Tipo de inseticida

Nº de Cargas

Nº do PIT

Nº Notif. p/ PIT

Matric. Ag. Saúde

Assinatura do Agente de Saúde

Data do Visto

Visto do Chefe de equipe

Etiqueta



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

**Secretaria Municipal de
Saúde de Campina Verde**

CNPJ: 18.457.291/0001-97

Endereço: Av. 15, Nº 255 - Centro - Fone (34) 3412-9130

Cidade: Campina Verde

UF: MG

1ª VIA: Retenção da Farmácia ou Drograria

2ª VIA: Orientação ao Paciente

Carimbo e Assinatura do Médico

Data ____ / ____ / ____

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Org. Emissor: _____

End.: _____

_____ Fone: _____

Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

**Secretaria Municipal de
Saúde de Campina Verde**

CNPJ: 18.457.291/0001-97

Endereço: Av. 15, Nº 255 - Centro - Fone (34) 3412-9130

Cidade: Campina Verde UF: MG

1ª VIA: Retenção da Farmácia ou Drograria

2ª VIA: Orientação ao Paciente

Carimbo e Assinatura do Médico

Data ____/____/____

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Org. Emissor: _____

End.: _____

_____ Fone: _____

Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data



PREFEITURA DE GESTÃO 2021 - 2024
CAMPINA VERDE
— CONSTRUINDO UM NOVO TEMPO —

DIVISÃO DE ENFERMAGEM
PRONTO ATENDIMENTO MÉDICO
"DR. MAURILO ANDRADE MAGALHÃES"

DATA

___/___/___

Nome do Paciente

Data Nascimento

CPF

CNS

Quarto

Leito

Prescrição Clínica/Posologia/Via

Q. R.

Q. A.

Hora da Administração

Assinatura do Médico/C R M:

Hora da Prescrição

___/___



PREFEITURA DE GESTÃO 2021 - 2024
CAMPINA VERDE
— CONSTRUINDO UM NOVO TEMPO —

DIVISÃO DE ENFERMAGEM
PRONTO ATENDIMENTO MÉDICO
"DR. MAURILO ANDRADE MAGALHÃES"

DATA

___/___/___

Nome do Paciente

Data Nascimento

CPF

CNS

Quarto

Leito

Prescrição Clínica/Posologia/Via

Q. R.

Q. A.

Hora da Administração

Assinatura do Médico/C R M:

Hora da Prescrição

___/___

Governo do Município de Campina Verde

Secretaria Municipal de Saúde

CÓDIGOS DE PROCEDIMENTOS ELETRO

MÊS _____/2017

Unidade: _____

ECG

COD: 021102003-6

CBO: 225125

SEQUÊNCIA	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	QUANTIDADE
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

OBS: Este é o fechamento final, deverá ser entregue na secretaria no dia 01 DIA UTIL de cada mês até as 9:00 da manhã.

Se não entregue na data correta acarretará em penalidade para o responsável do setor.

Campina Verde, _____ de _____ de 2017

Responsável