

APÊNDICE 1

DO TERMO DE

REFERÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRANGA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO



MUNICÍPIO DE PIRANGA

ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: _____

Nº _____

CRM: _____ UF: _____

ENDEREÇO: *Rua Santa Efigênia, 55 - Centro*

TELEFONE: *(31) 3746-1088*

CIDADE: *Piranga*

UF: *Minas Gerais*

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO: _____

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Assinatura do Farmacêutico

Data



Nome: _____
Idade: _____ Cor: _____ Estado Civil: _____
Profissão: _____
Responsável: _____
Bairro: _____ Fone: _____

[illegible]

[illegible]



RELATÓRIO DE VIAGEM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DATA: __/__/__

DESTINO: _____

FUNÇÃO		NOME DO PROFISSIONAL	
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS			
	SAÍDA	CHEGADA	VEÍCULO:
HORARIO			PLACA:
KM			MOTORISTA:
KM TOTAL			CONFERIDO (ASSINATURA)



RELATÓRIO DE VIAGEM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DATA: __/__/__

DESTINO: _____

FUNÇÃO		NOME DO PROFISSIONAL	
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS			
	SAÍDA	CHEGADA	VEÍCULO:
HORARIO			PLACA:
KM			MOTORISTA:
KM TOTAL			CONFERIDO (ASSINATURA)



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRANGA-MG
FICHA DE MARCAÇÃO DE CONSULTA



Nome: _____

Consulta marcada para dia: ____/____/____ às ____ horas

Clínica: _____ Dr. (a): _____

Local: _____

A sua consulta foi marcada através da Secretaria Municipal de Saúde.



Telefone | WhatsApp: (31) 3746-1088

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF MG 03.

Medicamento

Paciente

Data

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF MG 03.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**PREFEITURA MUNICIPAL
DE PIRANGA - MG**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Santa Efigênia, nº 55 - Centro - Piranga - Minas Gerais

Medicamento ou Substância

Quant. e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

Assinatura do Emissor

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome

Endereço

Telefone

Identidade nº

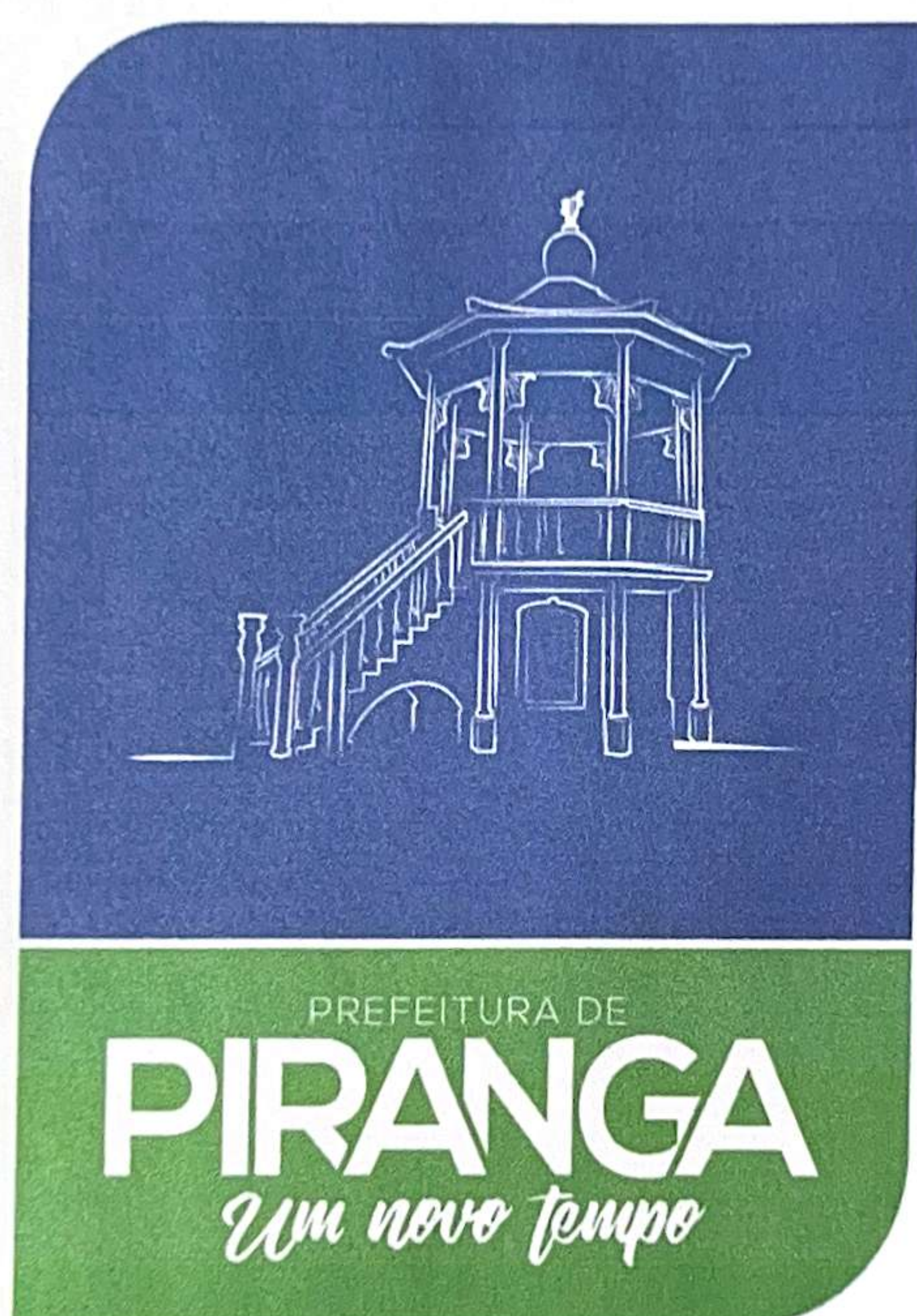
Órgão Emissor

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor

Data

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRANGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE





LAUDO MÉDICO DE ALTO CUSTO

Nº DO LAUDO

____/____/____

01 - DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE / MUNICÍPIO SOLICITANTE

ORIGEM

Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Piranga/MG

Nº PRONT

CHEFIA IMEDIATA (ASSINATURA / CARIMBO)

02 - DADOS DO PACIENTE

NOME

DATA NASCIMENTO

SEXO

☐

MASC

☐

FEM

NOME DA MÃE DO PACIENTE

TELEFONE

RUA / LOGRADOURO

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

MUNICÍPIO

CEP

U.F.

Nº CONSULTA

CARTEIRA IDENTIDADE - Nº / ORGÃO EXPEDIDOR

03 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID.

CLÍNICA SOLICITANTE

CÓDIG

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO

MÉDICO SOLICITANTE (DATA / ASSINATURA / CARIMBO)

CRM

CPF MÉDICO

04 - JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS

SITUAÇÃO DO LAUDO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESTINO

CÓDIGO

☐

AUTORIZADO

☐

NÃO AUTORIZADO

☐

INCONCLUSIVO

MOTIVO

DATA AUTORIZAÇÃO

MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)

CRM



PLANILHA DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES

Anexo 9.



Equipe: _____ Especialidade: _____ Data: ____/____/____

Especialidade	Paciente	Retorno (R) 1ª Consulta*	Cartão SUS	Endereço
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		

*Obs.: Primeira consulta deve ser acompanhada do encaminhamento médico.

Nome do Paciente: _____

Data Nasc.: _____

Sexo: _____

CPF ou SUS: _____

Endereço: _____

Nº: _____

Município: _____

Estado: _____

Data do Atendimento: _____

Raça/Cor: _____

Assinatura/Digital do Paciente ou Responsável

Motivo do Atendimento: _____

Descrição Sumária do Exame Clínico

() Consulta

Diagnóstico: _____

C.I.D.: _____

Procedimento: _____

Exames Complementares Solicitados: _____

Encaminhamento: () 1 – Para Residência

() 2 – Para Ambulatório

() 5 – Outros

() 3 – Para Internação

() 4 – Óbito

Assinatura e Carimbo do Profissional

PREFEITURA MUNICIPAL DE
PIRANGA/MGLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR - AIH

Nº DO PEDIDO		Nº DO LAUDO	
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
UNIDADE SOLICITANTE		CNES	
UNIDADE EXECUTANTE		CNES	
2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	
NATURALIDADE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNS	
DATA NASCIMENTO / /	SEXO ☐ MASCULINO ☐ FEMININO	RAÇA / COR ☐ 1 - BRANCA ☐ 2 - PRETA ☐ 3 - PARDA ☐ 4 - AMARELA ☐ 5 - INDÍGENA 99 - SEM INFORMAÇÃO	
NOME DA MÃE		IDENTIDADE / ORGÃO EMISSOR	TELEFONE PARA CONTATO
NOME DO RESPONSÁVEL		TELEFONE	
ENDEREÇO - RUA, N°, BAIRRO			
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓD. MUNICÍPIO	UF	CEP
3 - DADOS DA INTERNAÇÃO			
DATA DA INTERNAÇÃO / /		CPF DO DIRETOR CLÍNICO	
4 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS).			
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID PRINCIPAL	CID SECUNDÁRIO	CID CAUSAS ASSOCIADAS
5 - PROCEDIMENTO SOLICITADO			
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
CLÍNICA	CARÁTER DE INTERNAÇÃO	DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF	Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	CONSELHO DE CLASSE	DATA DA SOLICITAÇÃO / /	ASSINATURA - CARIMBO - REGISTRO CONSELHO
6 - PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)			
☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO	CNPJ SEGURADORA	Nº BILHETE	SÉRIE
☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	CPNJ EMPRESA	CNAE DA EMPRESA	CBOR
☐ ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			
7 - AUTORIZAÇÃO - ELETIVAS E ALTA COMPLEXIDADE			
SITUAÇÃO DO LAUDO ☐ APROVADO ☐ REPROVADO ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		JUSTIFICATIVA	
DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF	N.º DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	CONSELHO DE CLASSE	
DATA AUTORIZAÇÃO / /	ASSINATURA E CARIMBO - N.º REGISTRO NO CONSELHO		
8 - AUTORIZAÇÃO - SUPERVISÃO HOSPITALAR			
SITUAÇÃO DO LAUDO ☐ APROVADO ☐ REPROVADO ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		JUSTIFICATIVA	
DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF	N.º DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	CONSELHO DE CLASSE	
DATA AUTORIZAÇÃO / /	ASSINATURA E CARIMBO - N.º REGISTRO NO CONSELHO		