

TERMO DE REFERÊNCIA CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM IMPRESSÃO GRÁFICA

1 – DO OBJETO

1.1 - Contratação de empresa especializada em impressão gráfica, para as unidades de Estratégia Saúde da Família – ESF FUABC Itatiba, sediada na R. Dr. Luíz Juliani Vidal, 10 - Jardim Ipe, Itatiba - SP, 13256-530, pelo prazo de 12 meses, a depender da demanda desta unidade.

2 – DO ATENDIMENTO E IMPRESSÕES

2.1 - A demanda do serviço é mensal, em blocos de 100 folhas, simples, offset, 75g, com as dimensões e descrições dispostos no anexo 1. Os modelos específicos estão dispostos anexos.

2.1.1 – As definições, modelos, dimensões e especificidades de cada bloco estão dispostos anexos.

2.2 – A solicitação do pedido dar-se-á no início do mês corrente, para entrega no endereço supracitado no final do mês corrente.

2.3 – A entrega do material deverá ser realizado no endereço R. Dr. Luíz Juliani Vidal, 10 - Jardim Ipe, Itatiba - SP, 13256-530.

Anexo 1 – Item, descrição, formato e quantidade mensal dos modelos solicitados.

ITEM	DESCRIÇÃO	FORMATO	QTD MENSAL
1	Agendamento de consulta - () 3 meses () 6 meses () 12 meses	8,5X12 CM	26
2	Agendamento de consulta - com retorno	9X9 CM	60
3	Combo Gestante (Pedidos preenchidos)	15X21 CM	1/CADA
4	Atestado médico	15X21 CM	65
5	Cartão de controle de DCNTs	28,5X14 CM	100
6	Carteira programa saúde da mulher	15X21 CM	20
7	Declaração de comparecimento	15X21 CM	26
8	Evolução	A4 – 29,7X21 CM	39
9	Recomendações PO Odontológico	15X21 CM	13
10	Exame Clínico Odontológico	A4 – 29,7X21 CM	13
11	Ficha de Referência e Contra Referência Odontológico	A4 – 29,7X21 CM	13
12	Ficha de Referência e Contra Referência Médica	A4 – 29,7X21 CM	26
13	Receituário	15X21 CM	52
14	Receituário de Controle Especial	15X21 CM	39
15	Resultado de Exame Papanicolau	17x9 CM	23
16	Solicitação de Exames Complementares	15X21 CM	39
17	Ficha de Atendimento Médico E-SUS individual	A4 – 29,7X21 CM	13
18	Ficha de Atendimento Odontológico E-SUS individual	A4 – 29,7X21 CM	13
19	Ficha de Atividade Coletiva	A4 – 29,7X21 CM	13
20	Ficha de Grupos e Palestras	A4 – 29,7X21 CM	13



PREFEITURA DE ITATIBA
Secretaria de Saúde
SUS



NOME: _____ MATR: _____

D.N: ____/____/____ CNS: _____

() RETORNO – CONSULTA MÉDICA EM 3 MESES

() RETORNO – CONSULTA MÉDICA EM 6 MESES

() RETORNO – CONSULTA MÉDICA EM 12 MESES

ASSINATURA
CRM



PREFEITURA DE ITATIBA
Secretaria de Saúde
SUS



NOME: _____ MATR: _____

D.N: ____/____/____ CNS: _____

PROFISSIONAL	DATA	HORA
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____

ATENÇÃO

No dia da consulta, levar todos os exames realizados recentemente.
Caso não possa comparecer, avisar com antecedência.

100
95
75
25
5
0



Prefeitura do Município de Itatiba
Secretaria de Saúde



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado _____

portador da carteira profissional nº: _____

série: _____ necessita de _____ (_____)
por extenso

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Hospital ou ambulatório

Localidade e Data

Assinatura do Médico - CRM Nº

Nota: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS,
aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa
de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

HIPERTENSÃO ARTERIAL

É uma doença crônica que faz com que o sangue circule com uma força ou pressão acima do normal dentro dos vasos, podendo causar problemas cardio circulatórios graves, tais como: derrame cerebral, aumento do coração, problemas nos rins e outros.

Predisposição familiar, obesidade, vida sedentária, uso de cigarros são fatores que podem desencadear a doença ou agravá-la.

DIABETES

É também uma doença crônica causada pela elevação da taxa de açúcar no sangue e se manifesta clinicamente por sede intensa, urinar muito, muita fome com perda de peso, desânimo e fraqueza. Alguns fatores chamados de risco, tornam as pessoas mais predispostas ao diabetes, tais como: a presença de diabetes na família, (hereditariedade), obesidade e vida sedentária.

**TANTO A PRESSÃO ALTA COMO A DIABETES DESDE QUE
TRATADO ADEQUADAMENTE E SEGUIDO ORIENTAÇÃO
MÉDICA TEM CONTROLE.**



**Prefeitura de
ITATIBA**
Secretaria da Saúde



FUNDAÇÃO DO ABC

Desde 1967

Cartão de Controle de Doenças Crônicas Não Transmissível

Número do cadastro na Secretaria da Saúde _____

Número da Inscrição no HIPERDIA: _____

Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

PORTADOR DE: ☐ Diabetes Tipo (I) ou (II)
☐ Hipertensão Arterial
☐ Dislipemia
☐ Outras: _____

O programa de hipertensão arterial e Diabetes da Secretaria da Saúde é composto por uma equipe multiprofissional com o objetivo de orientar o paciente sobre o tratamento correto, para evitar complicações, garantindo assim, a qualidade de vida
TRAGA SEMPRE ESTE CARTÃO.

Rua Marcos Dian, 365 - Jd. De Lucca - Fone: (11) 4524 0934



Prefeitura do Município de Itatiba
Secretaria de Saúde



Declaração de Comparecimento

Declaro que o segurado _____

portador da carteira profissional nº: _____

série: _____ permaneceu nesta Unidade no dia _____

de _____ às _____ horas para o fim de:

Hospital, ambulatório ou PU

Localidade e Data

Assinatura e número do Servidor



Desde 1967

Nome: _____ Data nasc.: ____/____/____ Nº Mat.: _____
 Prof.: _____ Cor: _____ Est. Civil: _____
 Filiação: _____
 Esposo (a): _____ Profissão: _____
 Endereço: _____ Fone: _____

[illegible]

[illegible]



NOME:	MATRÍCULA:
RESIDÊNCIA:	TELEFONE:
DATA DE NASCIMENTO:	CELULAR:

EXAME CLÍNICO

DATA DO 1º EXAME:	IDADE:	
DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO:	DATA DE TÉRMINO DO TRATAMENTO:	
PROFISSIONAL:		CRO:

The diagram shows a 3x8 grid of squares. In the center, there is a 2x4 grid of circles. The left side of the grid is labeled 'DIREITO' and the right side is labeled 'ESQUERDO'.

[illegible]



Prefeitura do Município de Itatiba
Secretaria da Saúde
Serviço de Odontologia

NOME:	MATRÍCULA:
PROFISSIONAL:	CRO:

ANAMNESE

1 - QUEIXA PRINCIPAL		
2 - QUANDO FOI SEU ÚLTIMO TRATAMENTO DENTÁRIO?		
3 - SENTIU DOR NOS DENTES OU GENGIVA? () SIM () NÃO		
4 - SUA GENGIVA SANGRA? () SIM () NÃO () ÀS VEZES () DURANTE A HIGIENE		
5 - TEM SENTIDO GOSTO RUIM NA BOCA OU A BOCA SECA? () SIM () NÃO		
6 - JÁ TEVE ALGUMA REAÇÃO COM ANESTESIA DENTAL? () SIM () NÃO		
7 - QUANTAS VEZES ESCOVA OS DENTES POR DIA? () APÓS AS REFEIÇÕES		
8 - USA FIO DENTAL? () DIARIAMENTE () ÀS VEZES		
9 - USA ALGUM BOCHECHO? () NÃO () ÀS VEZES () REGULARMENTE		
10 - SENTE DORES OU ESTALOS NO OUVIDO? () SIM () NÃO		
11 - RANGE OS DENTES? () SIM () NÃO		
12 - FUMA? () SIM () NÃO	QUANTIDADE/DIA:	HÁ QUANTOS ANOS?
13 - FAZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA? () SIM () NÃO () ÀS VEZES		
14 - ESTÁ GRÁVIDA () SIM () NÃO		
15 - FAZ ACOMPANHAMENTO MÉDICO EM QUE UNIDADE DE SAÚDE?	MÉDICO (A):	
16 - ESTÁ TOMANDO ALGUM MEDICAMENTO? () SIM () NÃO QUAIS?		
17 - SOFRE DE ALGUMA DOENÇA? () SIM () NÃO		
18 - TEM ALGUM TIPO DE ALERGIA? () SIM () NÃO		
19 - SUA PRESSÃO É: () NORMAL () ALTA () BAIXA () CONTROLADA C/ MEDICAMENTO		
20 - TEM OU TEVE ALGUM PROBLEMA DE CORAÇÃO?		
21 - TEM DIABETES? () SIM () NÃO		
22 - QUANDO SE CORTA HÁ UM SANGRAMENTO: () NORMAL () EXCESSIVO		
23 - SUA CICATRIZAÇÃO É: () NORMAL () COMPLICADA		
24 - JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA? () SIM () NÃO		
25 - PROBLEMAS DE SAÚDE QUE JÁ TEVE:		

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO TOTALMENTE VERDADEIRAS.

ITATIBA, _____, DE _____, DE 20_____

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL



Secretaria da Saúde
GRUPOS E PALESTRAS



PROCEDIMENTO: _____ Nome do Grupo: _____

Horário: _____ às _____ : _____ Data: ____/____/____ Profissional: _____

	MATRÍCULA	NOME COMPLETO DO PACIENTE	ASSINATURA DO PACIENTE
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Profissional: _____ assinatura e carimbo

Atendimento
Específico

Atividade educativa / orientação - 01.01.01.001-0

Prática corporal / atividade física - 01.01.01.003-6

Práticas corporais em medicina tradicional chinesa - 01.01.01.004-4



FUNDAÇÃO DO ABC
Desde 1967

Secretaria da Saúde

INSTRUÇÕES PARA ELETROCARDIOGRAMA - Sala 09

Nome: _____

Data: _____ Horas: _____

Atenção

**Chegar 15 minutos antes do horário;*

** Tomar banho (normal);*

** As mulheres não devem usar meia calça e colant e podem vir de saia, calça ou bermuda com blusa ou camiseta.*

Retirar o exame no dia: _____

assinatura do funcionário com carimbo do setor

[illegible]



Prefeitura do Município de Itatiba
Secretaria da Saúde
Serviço de Odontologia

NOME:	MATRÍCULA:
PROFISSIONAL:	CRO:

ANAMNESE

1 - QUEIXA PRINCIPAL

2 - QUANDO FOI SEU ÚLTIMO TRATAMENTO DENTÁRIO?

3 - SENTIU DOR NOS DENTES OU GENGIVA? ()SIM ()NÃO

4 - SUA GENGIVA SANGRA? ()SIM ()NÃO ()ÀS VEZES ()DURANTE A HIGIENE

5 - TEM SENTIDO GOSTO RUIM NA BOCA OU A BOCA SECA? ()SIM ()NÃO

6 - JÁ TEVE ALGUMA REAÇÃO COM ANESTESIA DENTAL? ()SIM ()NÃO

7 - QUANTAS VEZES ESCOVA OS DENTES POR DIA? ()APÓS AS REFEIÇÕES

8 - USA FIO DENTAL? ()DIARIAMENTE ()ÀS VEZES

9 - USA ALGUM BOCHECHO? ()NÃO ()ÀS VEZES ()REGULARMENTE

10 - SENTE DORES OU ESTALOS NO OUVIDO? ()SIM ()NÃO

11 - RANGE OS DENTES? ()SIM ()NÃO

12 - FUMA? ()SIM ()NÃO

QUANTIDADE/DIA:

HÁ QUANTOS ANOS?

13 - FAZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA? ()SIM ()NÃO ()ÀS VEZES

14 - ESTÁ GRÁVIDA ()SIM ()NÃO

15 - FAZ ACOMPANHAMENTO MÉDICO EM QUE UNIDADE DE SAÚDE?

MÉDICO (A):

16 - ESTÁ TOMANDO ALGUM MEDICAMENTO? ()SIM ()NÃO QUAIS?

17 - SOFRE DE ALGUMA DOENÇA? ()SIM ()NÃO

18 - TEM ALGUM TIPO DE ALERGIA? ()SIM ()NÃO

19 - SUA PRESSÃO É: ()NORMAL ()ALTA ()BAIXA ()CONTROLADA C/ MEDICAMENTO

20 - TEM OU TEVE ALGUM PROBLEMA DE CORAÇÃO?

21 - TEM DIABETES? ()SIM ()NÃO

22 - QUANDO SE CORTA HÁ UM SANGRAMENTO: ()NORMAL ()EXCESSIVO

23 - SUA CICATRIZAÇÃO É: ()NORMAL ()COMPLICADA

24 - JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA? ()SIM ()NÃO

25 - PROBLEMAS DE SAÚDE QUE JÁ TEVE:

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO TOTALMENTE VERDADEIRAS.

ITATIBA, ____, DE ____, DE 20__

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

PREZADA SENHORA

A prevenção do câncer ginecológico e mamário é a forma mais segura que a senhora tem para combater esta doença.

O câncer de colo do útero e de mama é sempre curável nos estágios iniciais, quando ainda não apresenta sintomas.

Não esqueça de auto-examinar mensalmente suas mamas.

Faça seu exame preventivo anual no Posto de Saúde, ou com seu médico.

LEMBRE-SE: A sua saúde, depende principalmente de você.

OBS.: Leve este cartão sempre que for ao médico.

Prefeitura do Município
DE ITATIBA



SECRETARIA DA SAÚDE



Programa da Saúde da Mulher

Nome: _____

Nº Prontuário: _____

POSTO DE ATENDIMENTO

Data						
CITOLOGIA	Classe					
	Outras alterações					
Exame das mamas						
Tratamentos						
Pressão arterial						
Data do retorno						

PROTOCOLO DE PEDIDO MÉDICO

Espécie: _____

Médico Solicitante: _____

Data de Entrada no ACE: ____/____/____

Data de Retirada: _____

Paciente: _____

Obs: Caso a Guia ou Encaminhamento não seja retirado no prazo de 7 (sete) dias, a contar da data acima ou do contato telefônico, a mesma será cancelada.



Prefeitura do Município de Itatiba
Secretaria de Saúde

Rua Marcos Dian, nº 365 - CEP 13.255-210 - Itatiba
Telefone/Fax: (0xx11) 4524-0934 (ramal 243)



FUNDAÇÃO DO ABC

Desde 1967

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Favor prescrever pelo princípio ativo conforme Resolução nº 64 de 30/06/2003 da S.E.S e Decreto 793/93 - MS

Nome:

Endereço:

Uso oral:

Itatiba, ____/____/20____,

Médico Responsável

CRM: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

End. Completo: _____

Telefone: _____

Cidade _____ UF: _____



Prefeitura do Município de Itatiba
Secretaria de Saúde

Rua Marcos Dian, nº 365 - CEP 13.255-210 - Itatiba
Telefone/Fax: (0xx11) 4524-0934 (ramal 243)



FUNDAÇÃO DO ABC

Desde 1967

Favor prescrever pelo princípio ativo conforme Resolução nº 64 de 30/06/03 da S.E.S e Decreto 793/93 - MS

RECEITUÁRIO

Itatiba,

Médico responsável
CRM:

‘Remédio é coisa séria, só use medicamentos com orientação do seu médico’



Secretaria da Saúde
Prefeitura do Município de Itatiba
Central de Regulação

Especialidade:

FUNDAÇÃO DO ABC
Desde 1967

REFERÊNCIA

Unidade Solicitante:

Nome:

D.N.

Endereço:

Nº

Bairro:

Telefone:

Matricula:

CNS:

Data da Consulta:

/ /

Horário:

:

Médico:

Local:

Histórico / Queixa: _____

Exames Realizados: _____

Suspeita Diagnóstica:

Conduta / Justificativa: _____

Data da Solicitação:

/ /

Assinatura do Médico Solicitante

Assinatura do Médico Autorizador

CONTRA-REFERÊNCIA

Parecer da Especialidade: _____

Data da Consulta:

/ /

Assinatura e Carimbo do Médico Especialista



Prefeitura Municipal de Itatiba
Secretaria da Saúde



Relação Documentos para Cartão SUS

- * RG
- * CPF
- * Título de Eleitor
- * Carteira Profissional
- * Certidão de Nascimento / Casamento
- * Comprovante de Residência

Nome: _____

DATA: ____/____/____ HORÁRIO: _____



Prefeitura do Município de Itatiba
Secretaria da Saúde



RESULTADO DE EXAME DE PAPANICOLAU

Nome _____

Data da Coleta: ____/____/____

Prontuário: _____

Agendar consulta com: _____

OBS: Voltar após 60 dias para pegar o resultado de exame com este papel.



PREFEITURA DE ITATIBA

Secretaria da Saúde - SUS

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Unidade Requisitante: _____ Data ____/____/____

Nome: _____

Matrícula: _____ Idade _____ Sexo: *MASCULINO*

Hipótese Diagnóstica: *PARCEIRO DE GESTANTE*

Exames Solicitados:

TESTE RÁPIDO
HIV
Hepatite B
Hepatite C
Sífilis

Justificativa da Solicitação:

ROTINA PRÉ-NATAL - PARCEIRO DE GESTANTE

Profissional Responsável



PREFEITURA DE ITATIBA

Secretaria da Saúde - SUS

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Unidade Requisitante: _____ Data ____/____/____

Nome: _____

Matrícula: _____ Idade _____ Sexo: *MASCULINO*

Hipótese Diagnóstica: *PARCEIRO DE GESTANTE*

Exames Solicitados:

TESTE RÁPIDO
HIV
Hepatite B
Hepatite C
Sífilis

Justificativa da Solicitação:

ROTINA PRÉ-NATAL - PARCEIRO DE GESTANTE

Profissional Responsável



PREFEITURA DE ITATIBA

Secretaria da Saúde - SUS

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Unidade Requisitante: _____ Data ____/____/____

Nome: _____

Matrícula: _____ Idade _____ Sexo: *FEMININO*

Hipótese Diagnóstica: Gestação _____

Exames Solicitados:

USG MORFOLÓGICO (20 a 24 semanas)

IG hoje: ____ semanas ____ dias

Realizar entre: ____/____/____ e ____/____/____

20 Semanas

24 Semanas

Justificativa da Solicitação: PRÉ NATAL



PREFEITURA DE ITATIBA

Secretaria da Saúde - SUS

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Unidade Requisitante: _____ Data ____/____/____

Nome: _____

Matrícula: _____ Idade _____ Sexo: *FEMININO*

Hipótese Diagnóstica: Gestação _____

Exames Solicitados:

USG MORFOLÓGICO (20 a 24 semanas)

IG hoje: ____ semanas ____ dias

Realizar entre: ____/____/____ e ____/____/____

20 Semanas

24 Semanas

Justificativa da Solicitação: PRÉ NATAL



PREFEITURA DE ITATIBA

Secretaria da Saúde - SUS

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Unidade Requisitante: _____ Data ____/____/____

Nome: _____

Matrícula: _____ Idade _____ Sexo: *FEMININO*

Hipótese Diagnóstica: Gestação _____

Exames Solicitados:

Hemograma

Glicemia de jejum

Urina I+Urocultura + Antibiógrama

VDRL

() *Toxo IgG/Igm***

() *TSH**

() *H.Glicosilada**

*Solicitar mediante a história clínica de antecedentes.

**Solicitar, caso suscetível(IGM-/IGG-) na 1ª Rotina

Justificativa da Solicitação: 2ª Rotina Pré Natal



PREFEITURA DE ITATIBA

Secretaria da Saúde - SUS

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Unidade Requisitante: _____ Data ____/____/____

Nome: _____

Matrícula: _____ Idade _____ Sexo: *FEMININO*

Hipótese Diagnóstica: Gestação _____

Exames Solicitados:

Hemograma

Glicemia de jejum

Urina I+Urocultura + Antibiógrama

VDRL

() *Toxo IgG/Igm***

() *TSH**

() *H.Glicosilada**

*Solicitar mediante a história clínica de antecedentes.

**Solicitar, caso suscetível(IGM-/IGG-) na 1ª Rotina

Justificativa da Solicitação: 2ª Rotina Pré Natal



PREFEITURA DE ITATIBA

Secretaria da Saúde - SUS

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Unidade Requisitante: _____ Data ____/____/____

Nome: _____

Matrícula: _____ Idade _____ Sexo: *FEMININO*

Hipótese Diagnóstica: Gestação _____

Exames Solicitados:

ABO / Rh

Hemograma

Glicemia de jejum

VDRL

Toxoplasmose IgG/Igm

Urina I + Urocultura + Antibiograma

() *TSH**

() *H.Glicosilada**

*Solicitar mediante a história clínica de antecedentes.

Justificativa da Solicitação: PRÉ-NATAL 1ª Rotina

Profissional Responsável



PREFEITURA DE ITATIBA

Secretaria da Saúde - SUS

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Unidade Requisitante: _____ Data ____/____/____

Nome: _____

Matrícula: _____ Idade _____ Sexo: *FEMININO*

Hipótese Diagnóstica: Gestação _____

Exames Solicitados:

ABO / Rh

Hemograma

Glicemia de jejum

VDRL

Toxoplasmose IgG/Igm

Urina I + Urocultura + Antibiograma

() *TSH**

() *H.Glicosilada**

*Solicitar mediante a história clínica de antecedentes.

Justificativa da Solicitação: PRÉ-NATAL 1ª Rotina

Profissional Responsável



PREFEITURA DE ITATIBA

Secretaria da Saúde - SUS

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Unidade Requisitante: _____ Data ____/____/____

Nome: _____

Matrícula: _____ Idade _____ Sexo: *FEMININO*

Hipótese Diagnóstica: Gestação _____

Exames Solicitados:

STREPTOCOCOS B

IG hoje: ____ semanas ____ dias

Realizar entre: ____/____/____ e ____/____/____

35 Semanas

37 Semanas

Justificativa da Solicitação: PRÉ NATAL



PREFEITURA DE ITATIBA

Secretaria da Saúde - SUS

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Unidade Requisitante: _____ Data ____/____/____

Nome: _____

Matrícula: _____ Idade _____ Sexo: *FEMININO*

Hipótese Diagnóstica: Gestação _____

Exames Solicitados:

STREPTOCOCOS B

IG hoje: ____ semanas ____ dias

Realizar entre: ____/____/____ e ____/____/____

35 Semanas

37 Semanas

Justificativa da Solicitação: PRÉ NATAL



PREFEITURA DE ITATIBA

Secretaria da Saúde - SUS

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Unidade Requisitante: _____ Data ____/____/____

Nome: _____

Matrícula: _____ Idade _____ Sexo: *FEMININO*

Hipótese Diagnóstica: Gestação _____

Exames Solicitados:

ULTRASONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL

IG hoje: ____ semanas ____ dias

Realizar entre: ____/____/____ e ____/____/____

11 Semanas

14 Semanas

Justificativa da Solicitação: PRÉ NATAL 1ª ROTINA

Profissional Responsável



PREFEITURA DE ITATIBA

Secretaria da Saúde - SUS

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Unidade Requisitante: _____ Data ____/____/____

Nome: _____

Matrícula: _____ Idade _____ Sexo: *FEMININO*

Hipótese Diagnóstica: Gestação _____

Exames Solicitados:

ULTRASONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL

IG hoje: ____ semanas ____ dias

Realizar entre: ____/____/____ e ____/____/____

11 Semanas

14 Semanas

Justificativa da Solicitação: PRÉ NATAL 1ª ROTINA

Profissional Responsável



Prefeitura do Município de Itatiba Secretaria de Saúde

Rua Marcos Dian, nº 365 - CEP 13.255-210 - Itatiba
Telefone/Fax: (0xx11) 4524-0934 (ramal 243)



FUNDAÇÃO DO ABC

Desde 1967

Favor prescrever pelo princípio ativo conforme Resolução nº 64 de 30/06/03 da S.E.S e Decreto 793/93 - MS

RECEITUÁRIO

() **Ácido fólico 5 mg**

Tomar 1 comprimido ao dia

() **Sulfato Ferroso 40 mg**

Tomar 1 comprimido ao almoço.

Ideal tomar com suco de laranja para melhor absorção



Prefeitura do Município de Itatiba Secretaria de Saúde

Rua Marcos Dian, nº 365 - CEP 13.255-210 - Itatiba
Telefone/Fax: (0xx11) 4524-0934 (ramal 243)



FUNDAÇÃO DO ABC

Desde 1967

Favor prescrever pelo princípio ativo conforme Resolução nº 64 de 30/06/03 da S.E.S e Decreto 793/93 - MS

RECEITUÁRIO

() **Ácido fólico 5 mg**

Tomar 1 comprimido ao dia

() **Sulfato Ferroso 40 mg**

Tomar 1 comprimido ao almoço.

Ideal tomar com suco de laranja para melhor absorção



PREFEITURA DE ITATIBA

Secretaria da Saúde - SUS

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Unidade Requisitante: _____ Data ____/____/____

Nome: _____

Matrícula: _____ Idade _____ Sexo: *FEMININO*

Hipótese Diagnóstica: Gestação - 28 semanas

Exames Solicitados:

Teste Rápido:

HIV

Sífilis

Justificativa da Solicitação: PRÉ-NATAL 2ª Rotina

Profissional Responsável



PREFEITURA DE ITATIBA

Secretaria da Saúde - SUS

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Unidade Requisitante: _____ Data ____/____/____

Nome: _____

Matrícula: _____ Idade _____ Sexo: *FEMININO*

Hipótese Diagnóstica: Gestação - 28 semanas

Exames Solicitados:

Teste Rápido:

HIV

Sífilis

Justificativa da Solicitação: PRÉ-NATAL 2ª Rotina

Profissional Responsável



SECRETARIA DA SAÚDE

*Prefeitura do Município de Itatiba
Sistema Único de Saúde*



FUNDAÇÃO DO ABC

Desde 1967

Solicitação de Exames Complementares

Unidade Requisitante: _____ Data: ____ / ____ / ____

Nome: _____

Matrícula: _____ Idade: _____ Sexo: _____

a- Hipótese Diagnóstica:

b- Exames Solicitados:

c - Justificativa da Solicitação:

Profissional Responsável
(carimbo)

Obs.: É obrigatório o preenchimento de todos os itens de forma legível.