

## **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. Luiz 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. Luiz 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

100  
95  
75  
25  
5  
0



**PREFEITURA DE ITATIBA**  
**Secretaria de Saúde**  
**SUS**



NOME: \_\_\_\_\_ MATR: \_\_\_\_\_

D.N: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO**

**ATENÇÃO**



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.

100  
95  
75  
25  
5  
0

## 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  
 Dislipemias  
 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



# Prefeitura de **ITATIBA** Secretaria da Saúde



## FUNDAÇÃO DO ABC

Desde 1967

# EVOLUÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Data nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° Mat.: \_\_\_\_\_

Prof.: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Est. Civil: \_\_\_\_\_

**Filiação:** \_\_\_\_\_

Esposo (a): \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_



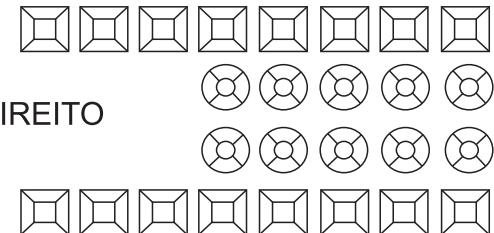


Prefeitura do Município de Itatiba  
Secretaria da Saúde  
Serviço de Odontologia

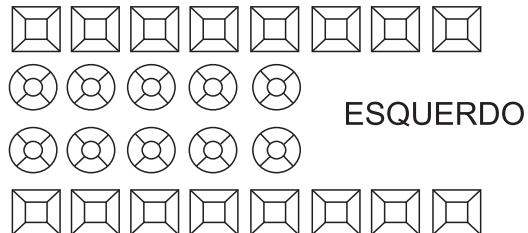
<b>NOME:</b>	<b>MATRÍCULA:</b>
RESIDÊNCIA:	TELEFONE:
DATA DE NASCIMENTO:	CELULAR:

## **EXAME CLÍNICO**

DATA DO 1º EXAME:	IDADE:
DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO:	DATA DE TÉRMINO DO TRATAMENTO:
<b>PROFISSIONAL:</b>	<b>CRO:</b>



## DIREITO



## ESQUERDO



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



**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

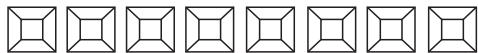


Prefeitura do Município de Itatiba  
Secretaria da Saúde  
Serviço de Odontologia

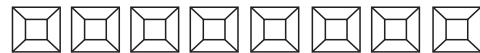
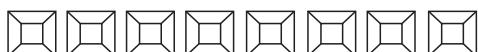
<b>NOME:</b>	<b>MATRÍCULA:</b>
<b>RESIDÊNCIA:</b>	<b>TELEFONE:</b>
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>	<b>CELULAR:</b>

## EXAME CLÍNICO

DATA DO 1º EXAME:	IDADE:
DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO:	DATA DE TÉRMINO DO TRATAMENTO:
<b>PROFISSIONAL:</b>	<b>CRO:</b>



## DIREITO



ESQUERDO





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 \_\_\_\_

## 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)



## **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)



*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'*



## **REFERÊNCIA**

**Unidade Solicitante:**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **D.N.** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Nº** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **Telefone:** \_\_\_\_\_

**Matrícula:** \_\_\_\_\_ **CNS:** \_\_\_\_\_

<b>Data da Consulta:</b> / /	<b>Horário:</b> :	<b>Médico:</b> _____	<b>Local:</b> _____
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------

**Histórico / Queixa:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Exames Realizados:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Suspeita Diagnóstica:** \_\_\_\_\_

**Conduta / Justificativa:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>Data da Solicitação:</b> / /	<b>Assinatura do Médico Solicitante</b> _____	<b>Assinatura do Médico Autorizador</b> _____
------------------------------------	--	--

## **CONTRA-REFERÊNCIA**

**Parecer da Especialidade:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>Data da Consulta:</b> / /	<b>Assinatura e Carimbo do Médico Especialista</b> _____
---------------------------------	---



Prefeitura Municipal de Itatiba

Secretaria da Saúde



FUNDAÇÃO DO ABC

Desde 1967

### 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: *FEMININ*

Hipótese Diagnóstica: Gestação \_\_\_\_\_

## **Exames Solicitados:**

## **USG MORFOLÓGICO (20 a 24 semanas)**

*IG hoje:      semanas      dias*

## Justificativa da Solicitação: PRÉ NATAL



# **PREFEITURA DE ITATIBA**

## **Secretaria da Saúde - SUS**

# **SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

**Unidade Requisitante:** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Sexo: *FEMININO*

Hipótese Diagnóstica: Gestação \_\_\_\_\_

## **Exames Solicitados:**

## **USG MORFOLÓGICO (20 a 24 semanas)**

*IG hoje:      semanas      dias*

## 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 + Antibiograma*

*VDRL*

*Toxo IgG/Igm\*\**

*TSH\**

*H.Glicosilada\**

---

\*Solicitar mediante a história clínica de antecedentes.

\*\*Solicitar, caso suscetível(IGM-/IGG-) na 1<sup>a</sup> Rotina

---

Justificativa da Solicitação: 2<sup>a</sup> 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 + Antibiograma*

*VDRL*

*Toxo IgG/Igm\*\**

*TSH\**

*H.Glicosilada\**

---

\*Solicitar mediante a história clínica de antecedentes.

\*\*Solicitar, caso suscetível(IGM-/IGG-) na 1<sup>a</sup> Rotina

---

Justificativa da Solicitação: 2<sup>a</sup> 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 1<sup>a</sup> 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 1<sup>a</sup> 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** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Sexo: **FEMININO**

## Hipótese Diagnóstica: Gestação \_\_\_\_\_

## **Exames Solicitados:**

## **ULTRASONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL**

*IG hoje: \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ dias*

**Realizar entre: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

Justificativa da Solicitação: PRÉ NATAL 1ª ROTINA



# **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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

**Justificativa da Solicitação: PRÉ NATAL 1ª ROTINA**



**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)



**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)



*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*

*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 2<sup>a</sup> 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 2<sup>a</sup> Rotina

---

Profissional Responsável



## SECRETARIA DA SAÚDE

*Prefeitura do Município de Itatiba*  
*Sistema Único de Saúde*



### 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.**