

(Banco)
Jundiaí

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BANANAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGILANCIA SANITARIA
AUTO DE INFRAÇÃO

31/05/2021
PUNICA

Nº 0150
1ª Via Branca - Processo
2ª Via Amarela - Infração
3ª Via Rosa - Arquivo

Infrator: 2 Libras

Endereço: 2 Libras

Ramo: de atividade?

CNPJ: _____ Ins. Estadual: menos expõe

C.I.: _____ CPF: _____

DESCRIÇÃO DA INFRAÇÃO

Data: ____/____/____ Hora: _____

Dispositivo(s) Legal(is) infringido(s) _____

sem necessidade

De acordo com _____, o não atendimento ao AUTO DE INFRAÇÃO poderá ser punido, isolada ou cumulativamente com as seguintes penalidades: Advertência - Multa - Apreensão de Produto - Inutilização de Produto - Suspensão de Venda - Suspensão de Fabricação - Interdição Parcial ou Total do Estabelecimento - Cassação do Alvará de Licenciamento do Estabelecimento.

Prazo de Interposição de Recurso: 15 (quinze) dias

Obrigações a Cumprir:

Prazo para Cumprimento:

Assinatura e Carimbo do Autuante

Recebi a 2ª via em ____/____/____ da qual fico ciente

Assinatura do Proprietário ou Responsável

Recebi o Recebimento, Testemunhado por:

1ª Testemunha

Nome Legível

CPF

2ª Testemunha

Nome Legível

CPF

Local

Data

Autuante

SUS

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE _____

NECESSITA DE () _____

(POR EXTENSO)

DIAS DE

AFASTAMENTO DO TRABALHO DESTA DATA.

UNIDADE DE SAÚDE _____

LOCAL _____

DATA _____

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART 27 DA CLPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 89.312 DE 23/11/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Prefeitura Municipal de Rio Bananal

CONTROLE DE COMBUSTÍVEL

Carro Placa: _____

SAÍDA

Dia ____ / ____ / ____

Local: _____

Hora: _____

Quilometragem: _____

Histórico do Percorso do Dia

HORA	DESTINO

Término do Expediente

Local de Chegada: _____ Horas: _____

Quilometragem: _____

Total de Quilômetros Percorridos: _____

Abastecimento: _____

____ Litros de Óleo Diesel

____ Litros de Óleo Diesel

____ Outros

Observações: _____

MOTORISTA



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Prefeitura Municipal de Rio Bananal

Controle de Combustível

Máquina: _____ Marca: _____ Nº: _____
Dia ____/____/____ Mês: _____ Ano _____

SAÍDA

Local: _____
Hora: _____

Histórico do Serviço Realizado

Hora	Serviços

Término do Expediente

Local _____ Hora _____

Total de Horas Trabalhadas _____

Hora _____ Litro de Óleo Diesel
_____ Litro de Óleo Diesel
_____ Outros

OBS.: _____



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

Formulário 104

Nome _____ UNIDADE _____ Cód. CNPJ _____ 27.744.143/0001-64

HOSPITAL E MATERNIDADE ALFREDO PINTO SANTANA

ÓRGÃO EMISSOR _____

PACIENTE

Nome _____

Endereço (rua, n.º, bairro) _____ CEP _____ Município _____ UF _____

Data Nasc. _____ Sexo _____ Masc. ☒ 1 _____ Fem. ☒ 3 _____ Causa externa _____ CNPJ da seguradora _____ Nº do bilhete _____ Sane _____

CPF do médico solc. _____ Proc. Solc. _____ Ar. Int. _____ D. Emissão _____ CPF do med. resp. _____ Ass. Médico _____

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO _____

Principais sinais e sintomas clínicos _____

Condições que justificam a internação _____

Principais resultados de provas diagnósticas _____

Diagnóstico inicial _____

Procedimento solicitado _____

Assinatura do médico solicitante (examinador) _____

CRM _____

Data _____

Clinica _____
Cirurgica _____ Obstétrica _____ Clin. Médica _____

☒ 1 ☒ 2 ☒ 3

Tisiopneumal _____ Psiquiátrica _____ Pediatría _____ Outros _____
☒ 4 ☒ 5 ☒ 7 ☒ 9

LOTE 13

UF	ES
NÚMERO	123151

NOME DO PACIENTE: _____

DATA: ____/____/____

UF	ES
NÚMERO	123151

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

B

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Fundo Municipal de Saúde de Rio Bananal CNPJ: 11.429.173/0001-46 Rua João Cipriano, Cep: 29.920-000 Rio Bananal/ES - Tel.: (27) 3265-2045

PACIENTE _____ de _____ de _____
Assinatura do Emissor _____
ENDEREÇO _____

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA
QTD E FORMA FARMACÊUTICA
DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA
POSOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
NOME: _____
ENDEREÇO: _____
TELEFONE: _____
IDENTIDADE: _____
ÓRGÃO _____
CARIMBO DO FORNECEDOR
NOME DO VENDEDOR _____
DATA _____

ADILSON BAZELATO - ME - GRÁFICA FOX - RUA DUARTE DA COSTA, 297, INTERLAGOS, LINHARES-ES - CEP: 29903-130 - CNPJ: 20.503.969/0001-92 - NUMERAÇÃO DESTA IMPRESSÃO: de 123.051 a 133.051

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BANANAL

Secretaria Municipal de Saúde

REQUISIÇÃO 013751

Rio Bananal - ES,.....de.....de 20.....

À.....

Endereço:.....

Pedimos entregar ao portador o seguinte material

Quant.	N O M E

OBS.: Só efetuaremos o pagamento da nota, mediante a 1ª apresentação da respectiva requisição assinada.

.....
Prefeitura Municipal de Rio Bananal

REQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

Requisitado:..... Data:...../...../.....

Quant.	Discriminação

Requisitante _____



Solicitação de Regulação de Internação

UNIDADE SOLICITANTE	TEL. CONTATO	DATA SOLICITAÇÃO
DADOS DO USUÁRIO		
NOME:	SEXO	() M () F
NOME DA MÃE:	DATA NASCIMENTO	/ /
ENDEREÇO:	TELEFONE:	/ /
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	CEP:

DADOS CLÍNICOS

HDA		
EXAMES LABORATORIAIS E IMAGEM (DESCREVER LAUDOS VERBAIS ; ENVIAR FAX DOS OUTROS EXAMES)		
SINAIS VITAIS		GLASGOW
FC		
PA		
FR		
SAT O2		
TEMP. AX.		
VIAS AÉREAS		
AMINAS		
CONDUITA		
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS		
TIPO DE LEITO SOLICITADO		
MÉDICO SOLICITANTE		



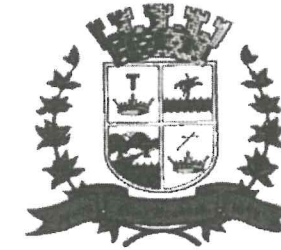
NOME DA SECRETARIA

PROCEDÊNCIA:

ASSUNTO:

COR DA CAPA DE ACORDO COM CADA SECRETARIA

LOTE 2014 29



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BANANAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA

LOTE 29

Escola: _____

Aluno(a): _____

Pai: _____

Mãe: _____

Responsável: _____

Local e Data de Nascimento: _____

Observação: _____



Farmácia Básica do Município de Rio Bananal

Rua João Cipriano – 520 - São Sebastião - Rio Bananal-ES

Telefone: (27) 32652045

ANEXO

MODELO	QUANTIDADE
<i>Item 19</i> FARMÁCIA BÁSICA RIO BANANAL Medicamentos RETORNO ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____	Dois
<i>Item 20</i> FARMÁCIA BÁSICA RIO BANANAL - ES ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____	Dois

convenção de medicação

FOLHA	RUBRICA
PROC Nº	

Item 21

HIPERTENSÃO

O QUE É HIPERTENSÃO?

A hipertensão arterial, chamada popularmente de "pressão alta" é a elevação dos níveis de pressão arterial acima dos valores considerados normais (140/90 mmHg), podendo causar lesões em diversos órgãos, como cérebro, coração, rins e olhos. Outro tipo de menos comum é a hipertensão arterial secundária e pode ser controlada através de tratamento médico específico.

QUE FATORES PODEM ESTAR RELACIONADOS À PRESSÃO ARTERIAL?

HISTÓRICO FAMILIAR: pessoas que tem familiares com pressão arterial elevada tem maior chances de serem hipertensas. Se este for o seu caso, comunique seu médico.

IDADE: a pressão alta ocorre na maioria dos casos em pessoas acima de 35 anos. Quanto mais idoso maior a chance de adquirir a hipertensão.

RAÇA: a pressão alta é mais comum em pessoas da raça negra do que nas ou raça branca.

OBESIDADE: pessoas com excesso de peso tem mais chances de ter hipertensão. Descubra o peso normal em relação a sua idade, altura e sexo. Se estiver acima peça ao seu médico um programa de exercícios e dieta, adequado para uma perda gradual de peso.

DIABETES: pessoas com diabetes muitas vezes sofrem de hipertensão, esta combinação aumenta o risco de doenças cardíacas e renais.

ABUSO DE ALCÓOL: estudos demonstram que o abuso de álcool pode estar associado a pressão alta.

VIDA SEDENTÁRIA: um estilo de vida sem exercícios regulares aumenta a probabilidade de excesso de peso, significando um fator de risco para a hipertensão.

DICAS PARA CONTROLAR A PRESSÃO ARTERIAL

Peça ao seu médico um programa de controle adequado a você e a sua pressão.

1. tome seus remédios regularmente, como prescrito. Qualquer anormalidade, informe ao seu médico.
2. não falte às consultas, nas datas marcadas, de controle de pressão.
3. caso seu médico recomende, aprenda a medir sua pressão em casa.

É provável que seu médico peça a você para tomar as devidas providências:

- controle periodicamente sua pressão arterial;
- deixe de fumar;
- minimize o uso do álcool;
- mantenha seu peso ideal;
- faça exercícios físicos sob orientação médica;
- evite alimentos ricos em gorduras; eles contêm grandes quantidades de colesterol, prejudicial à saúde;
- diminua o sal nos seus alimentos;
- evite a tensão. Mude sua maneira de encarar a vida.

DIABETES

O QUE É DIABETES?

O diabetes é uma doença causada pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue. O pâncreas não produz a insulina.

Nos diabéticos, o pâncreas não produz a insulina em quantidade suficiente. Nesse caso, temos níveis muito elevados de açúcar no sangue que, depois de algum tempo podem acarretar sérios problemas à saúde.

A produção insuficiente de insulina faz com que o açúcar se acumule no sangue e seja eliminado pela urina.

Essas altas concentrações de açúcar no sangue e na urina podem causar:

- cansaço
- perda de peso
- sede intensa
- necessidade de urinar com frequência
- visão turva

COMPLICAÇÕES: o diabetes deve ser identificado o mais precocemente possível, para tratamento imediato, diminuindo o risco de complicações. Níveis elevados de açúcar (glicose) no sangue por muito tempo podem causar sérios problemas:

- Nos **olhos:** retinopatia diabética, podendo levar a perda progressiva da visão;
- Nos **nervos:** neuropatia diabética, podendo causar perda de sensibilidade do membro afetado, sendo mais comum o acometimento dos pés;
- Nos **rins:** nefropatia diabética, levando à perda progressiva da função renal (insuficiência renal);
- No **coração, nas artérias**, e nos **vasos:** doenças arteriosclerótica, levando à obstrução progressiva das artérias coronárias.

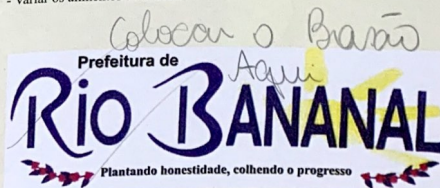
DIETA DO DIABÉTICO

Objetivos:

1. Ajudar a manter o açúcar (glicose) no sangue em níveis normais;
2. Diminuir o risco de doenças do coração e dos vasos arteriais.

Além disso o diabético deve:

- Evitar o excesso de peso, para não agravar o diabetes;
- Não utilizar açúcar, doces, balas e refrigerantes;
- Evitar as gorduras de alimentos de origem animal;
- Não abusar de sal nos alimentos;
- Obedecer ao horário das refeições;
- Variar os alimentos utilizados.



SETOR DE EPIDEMIOLOGIA PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BANANAL ES SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTÃO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Nome: _____

Área: _____

ACS: _____

Família nº: _____

Nº do Grupo: _____

Coordenação municipal de hipertensão arterial e diabetes

HIPERDIA

DEIXE O SEU
CORACÃO SEMPRE
EM FESTA



PRATIQUE SAÚDE
VERIFIQUE SUA PRESSÃO
REGULARMENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO BANANAL/ES

**Controle de Consultas e Exames entregues na AMA
para agendamento fora do Município**

Tel.: (27) 3265-2031 ou (27) 3265-2045

NOME DO PACIENTE: _____ *telefone:*

DATA DA ENTREGA: _____

CONSULTA/EXAME: _____

ACS =

Só terá informações sobre os exames e consultas mediante a este protocolo.

Assinatura do paciente ou responsável

*Assinatura do
Funcionário.*

HMAPS - RIO BANANAL
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO

Data: ____ / ____ / ____

Nome do Material: _____

Preparado por: _____

Esterilizado por: _____

Ciclo n.º: _____

Validade: _____

Hospital Maternidade "Alfredo Pinto Santana"

Uso de Medicamentos Controlados

Paciente: _____

Medicação: _____ N.º _____

Justificação: _____

Rio Bananal, ____ / ____ / ____

Ass. Médico - Carimbo _____

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

Jan 11

NORMAS PARA FAZER O PREVENTIVO

- Trazer 01 documento.
- Não ter relação sexual 02 dias antes da data marcada.
- Não usar ducha ou higiene interna, apenas um banho normal.
- Só poderá ser feito o exame se tiver mais de 05 dias que a menstruação tiver acabado.
- Se possível, vir de saia ou vestido.

FICHA DE BUSCA ATIVA DE ESCORPIÕES



Ficha de busca ativa de escorpiões

Nº

Data da solicitação ____/____/____ Meio de comunicação | pessoal | telefone | eletrônico | imprensa

Solicitante: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Telefone: (____) _____ Município _____ UF _____

Tipo de imóvel: | casa | apartamento | escola | comércio | escritório | indústria | terreno baldio
| outro _____

Data da visita ____/____/____ início às ____h ____ término às ____h ____

Perguntas ao morador ou solicitante

Houve acidente? | sim | não Se sim, data acidente ____/____/____ Procurou atendimento | sim | não

Nome do acidentado _____

Há quanto tempo encontra escorpiões no local: ____ | dias | meses | anos

Em que horário os escorpiões são mais observados: entre ____h ____ e ____h ____

Onde | sala | copa/cozinha | banheiro | dormitório | depósito/dispensa | corredor | garagem
| porão | sótão | jardim/quintal | outro local _____

Houve visita anterior? | sim | não Se sim, foram realizadas as recomendações? | sim | não

Há quanto tempo? ____ | dias | meses | anos As recomendações foram efetivas? | sim | não parcialmente

O imóvel dispõe de: rede de água | sim | não rede de esgoto | sim | não coleta de lixo | sim | não

Dados de coleta/captura de escorpião

Houve coleta/captura | sim | não nº _____ Os animais foram coletados/capturados | mortos | vivos

Descrição do local de coleta/captura _____

Condições favoráveis a escorpiões e recomendações ao morador:

Tela/ratos nas áreas internas e externas	Controlar a presença de baratas e outros insetos
Velar frestas nas paredes, janelas, portas e piso	Acondicionar bem alimentos e lixo
Instalar tampa em pontos de luz e caixas de fiação	Providenciar limpeza de terrenos, quintais e jardins
Rebocar paredes e muros	Recompor tampas de caixas de gordura e de passagem
Limpar e organizar depósito de materiais	Retirar entulhos, pedras, madeira ou tijolos acumulados
Outras(s)	

Responsável pela execução: _____ Assinatura do morador: _____

Assinatura do solicitante: _____



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RESULTADO DA CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA ANIMAL 2022

LOCAL:

DATA:

Local (posto de vacinação)	CÃO	GATO
Macho		
Fêmea		
total		



SUS

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria de Estado da Saúde

PROGRAMA DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE
FORMULÁRIO DE REVISÃO DE EXAMES COPROSCÓPICO – CONTROLE DE QUALIDADE

MUNICÍPIO: RIO BANANAL

Data de envio das lâminas: ____/____/2019

Quantidade de lâminas enviadas: ____

Total de Exames realizados: ____

Positivas: ____

2019

Negativas: ____

Nº.	Nº. da Lâmina	Nome do Paciente	Data Nasc.	Nome da Mãe	Resultado			
					1º exame		Revisão	
					POS	NEG	POS	NEG
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Laboratorista: ____

Data da Revisão: ____/____/____

Carimbo e assinatura do revisor

Saúde

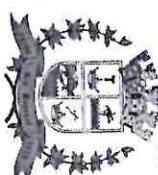
AJUDE A CONSERVAR ESTA FICHA

SDD



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO BANANAL
VIGILÂNCIA AMBIENTAL

Rua João Cipriano, N°461, São Sebastião, 1º Andar, Sala 11, CEP: 29920-000,
Rio Bananal – ES, CNPJ 11.429.173/0003-46. E-mail: vigambiental@gmail.com



36 44 4067

FICHA PARA OBSERVAÇÃO DO ANIMAL AGRESSOR

N° CONTROLE	DATA __/__/__	Responsável pelo preenchimento:
Local do Atendimento Humano:		

PESSOAS AGREDIDAS (VÍTIMA)			
NOME:	Apelido:		Idade:
ENDEREÇO:	Bairro:		
REFERÊNCIAS:	TEL:		
RESPONSÁVEL (QUANDO SE TRATAR DE CRIANÇA):			
Esquema Adotado:	DATA DA AGRESSÃO: __/__/__		

PESSOAS AGREDIDAS (VÍTIMA)			
NOME:	Apelido:		Idade:
ENDEREÇO:	Bairro:		
REFERÊNCIAS:	TEL:		
RESPONSÁVEL (QUANDO SE TRATAR DE CRIANÇA):			
Esquema Adotado:	DATA DA AGRESSÃO: __/__/__		

CARACTERÍSTICAS DO ANIMAL AGRESSOR			
(Descrever com precisão os dados do animal que agrediu a pessoa, contendo endereço, ponto de referência e proprietário).			
Espécie:			
☐ Canina	☐ Felina	☐ Outro _____	
Estado de Saúde do Animal:			
☐ Saudável	☐ Doente	☐ Ferido	☐ Suspeito
Proprietário:	Apelido:		
Endereço:	Bairro:		
Ponto de Referência:	Tel:		

OBSERVAÇÃO DO ANIMAL AGRESSOR

Estado de Saúde do Animal Agressor em ____/____/____

☐ Sadio

☐ Morreu

☐ Suspeito

☐ Desaparecido

Nome do Responsável pela Observação: _____

Estado de Saúde do Animal Agressor em ____/____/____

☐ Sadio

☐ Morreu

☐ Suspeito

☐ Desaparecido

Nome do Responsável pela Observação: _____

Estado de Saúde do Animal Agressor em ____/____/____

☐ Sadio

☐ Morreu

☐ Suspeito

☐ Desaparecido

Nome do Responsável pela Observação: _____

Informações complementares:

Termo de Responsabilidade

"Assumo a responsabilidade pela execução dos serviços solicitados, estando ciente que os animais terão destino a critério da unidade. Após decorrido o prazo de observação – 10 dias."

Nome do Responsável pelo Animal Agressor:

1ª _____ Data: ____/____/____

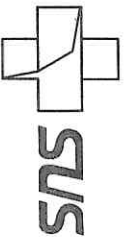
2ª _____ Data: ____/____/____

3ª _____ Data: ____/____/____

NOME LEGÍVEL:

Assinatura:

Data:



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - S.I.A/SUS
LAUDO AMBULATORIAL (INDIVIDUALIZADO) - BPA I

34
16
4062

49

Dados Operacionais

Mês/ano: _____ Data do Atendimento: ____/____/____

Nome do Estabelecimento: _____ Código CNES: _____

CNS do Profissional: _____ CBO: _____

Nome do Paciente: _____ Sexo: ____ M ____ F

Nº Cartão de Saúde do Usuário: _____ Data de Nascimento: _____

Raça/Cor: _____ Telefone: (____) _____ Telefone: (____) _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Município: _____ CEP: _____

Procedimento Solicitado

Nome do procedimento: _____

Cód. Procedimento: _____ QTD: _____ CID-10 _____ Car. Atend. _____

Nome do procedimento: _____

Cód. Procedimento: _____ QTD: _____ CID-10 _____ Car. Atend. _____

Nome do procedimento: _____

Cód. Procedimento: _____ QTD: _____ CID-10 _____ Car. Atend. _____

CPF do Médico: _____ Nome do Médico: _____

Justificativa

Hipótese Diagnóstica: _____ CID-10: _____

Resumo do Exame Físico

Nº Autorização: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico: _____

CNPJ: 27.744.143/0001-64

08	Cirurgia	09	Poi. de Nascimento
1	sim	01	Limpa
2	Não	02	Potencialmente Contaminada
		03	Contaminada
		04	Infecciada
10	Operação	11	Cirurgião
12	Anestésico		

13	LOCAL DA INFECÇÃO Origem 1 - Comunitária / 2 - Hospitalar	14	Óbito	15	CULTURA?
	ORIGEM				
Pareus Múrias	1				1 ☐ Sim
Cardiovascular	1				2 ☐ Não
Respiratória	1				
Urinária	1				16 MICROORGANISMO
Digestiva	1				1 ☐
Peritoneal	1				2 ☐
Infeção Cirúrgica	1				3 ☐

7 Procedimentos					
Imunossupressão	1		2		
Nutrição Parenteral	1		2		
Diluição Peritoneal	1		2		
Hemólise	1		2		
Zendoscopia	1		2		
Nebulização	1		2		

1 - Antes da Infecção

2 - Após Detectada Infecção

Troca de sonda	1		2		
Transfusão	1		2		
Irradiação	1		2		
Catet. Urinário	1		2		

Catet. Venoso	1		2		
Respirador	1		2		
Parto Natural	1		2		
Outros	1		2		

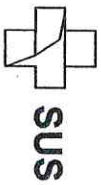
ANTIBIÓTICOS				
18	PRIMEIRA	CÓD	☐ 1- Profilático ☐ 2- Terapêutico	Duração / Dias
19	SEGUNDO	CÓD	☐ 1- Profilático ☐ 2- Terapêutico	Duração / Dias
20	TERCEIRO	CÓD	☐ 1- Profilático ☐ 2- Terapêutico	Duração / Dias

CÓDIGOS DOS MICROORGANISMOS

- | | |
|---|---------------------------------|
| 01- ACTINOMYCES | 41- KLEBSIELLA OXYLOCA |
| 02- BACILLUS SP | 42- KLEBSIELLA SP |
| 03- CLOSTRIDIUM SP | 43- KLEBSIELLA PNEUMONIAE |
| 04- CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAS | 44- MORAXELLA SP |
| 05- CORYNEBACTERIUM SP | 45- NEISSERIA GONORRHOEA |
| 06- LISTERIA MONOCYTOGENES | 46- NEISSERIA MENINGITIDIS |
| 07- MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS | 47- PASTEURELLA |
| 08- MICOBACTERIUM SP | 48- PSEUDOMONAS AERUGINOSA |
| 09- PEPTOCOCCUS SP | 49- PSEUDOMONAS SP |
| 10- PEPTOSTREPTOCOCCUS SP | 50- PROTEUS MIRABILIS |
| 11- STAPHYLOCOCCUS AUREUS | 51- PROTEUS MORGANI |
| 12- STAPHYLOCOCCUS EPIDEMIDIS | 52- PROTEUS RETTGERI |
| 13- STREPTOCOCCUS AGALACTIAS (GRUPO A) | 53- PROTEUS VULGARIS |
| 14- STREPTOCOCCUS VIRIDANS | 54- PROVIDENTIA ALCALIFACIENS |
| 15- STREPTOCOCCUS B HEMOLITICO (GRUPO A) | 55- PROVIDENTIA STUARTII |
| 16- STREPTOCOCCUS B HEMOLITICO (OUTROS) | 56- PROTOPLASTOS |
| 17- STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE | 57- SALMOELA TYPHI |
| 18- STREPTOCOCCUS FAECALIS | 58- SALMOELA TYPHIMURLUM |
| 19- KUTRENOCOCCUS | 59- SALMONELLA SP |
| 20- ACINOTOBACTER CALCOACETICUS VAR. QUITRATUS (HERELLEA) | 60- SERRARIA MARCESCENS |
| 21- ACINOTOBACTER CALCOACETICUS VAR. LWOFFI (MIMA) | 61- SERRARIA SP |
| 22- ALCALIGENES SP | 62- SHIGELLA DISENTERIAE |
| 23- BACTEROIDES FRAGILIS | 63- SHIGELLA BOYDII |
| 24- BACTEROIDES SP | 64- SHIGELLA FLEXNERJ |
| 25- BACTEROIDES MELANINOGENICUS | 65- SHIGELLA SONNEI |
| 26- BRAMANELLA MELANINOGENICUS | 66- TRYPONEMA POLIDUM/ |
| 27- BRUCELLA SP | 67- TRYPONEMA SP |
| 28- CLAMIDIAS | 68- VIBRIO CHOLERA |
| 29- CHROMOBACTERIUM SP | 69- VIBRIO PARAHENOLYTICUS |
| 30- CITROBACTER SP | 70- YERSINIA PSEUDOTUBERCULOSIS |
| 31- EDWARDSIELLA TARDA | 71- ASPERGILLUS FUMIGATUS |
| 32- ENTEROBACTER AEROGENES | 72- CANDIDA ALBICANS |
| 33- ENTEROBACTER CLOACAE | 73- CANDIDA SP |
| 34- ENTEROBACTER SP | 74- CRYPTOCOCCUS NEOFORMOES |
| 35- ESCHERICHIA COLI | 75- DERMATOFITOS |
| 36- ESCHERICHIA ENTEROPETOGÊNICA | 76- HISTOPLASMA CAPSLATUM |
| 37- FLAVOBACTERIUM MENINGOSEPTICUM | 77- PARACOCIDIODES BRASILENSIS |
| 38- FUSOBACTERIUM SP | 78- PARACOCIDIODES IMITIS |
| 39- HAEMOPHYLLUS INFLUENZAC | 79- RODOLORULA |
| 40- HAEMOPHYLLUS (OUTROS) | 80- CITOMEGALOVIRUS |

CÓDIGOS DOS ANTIBIÓTICOS

- | | |
|-----------------------|------------------------------------|
| 01- AC. NALIXIDICO | 20- NETILMICINA |
| 02- AC. PIPEMIDICO | 21- OXACILINA |
| 03- AMICOCINA | 22- PENICENA |
| 04- AMOXACILINA | 23- POLIMICINA B |
| 05- AMPICILINA | 24- RIFAMPICINA |
| 06- CARBENICILINA | 25- SULFAMETOXAZOL + TRIMENTROPINA |
| 07- CEFALOSPORINAS | 26- SULFAMIDIOS |
| 08- CEFOTITINA | 27- SISOMICINA |
| 09- CLINDAMICINA | 28- TOBRAMICINA |
| 10- CLORANFENICOL | 29- TETRACILINA |
| 11- COLISTIN | 30- VANCOMICINA |
| 12- ERITROMICINA | 31- ANFOTERICINA B |
| 13- ESTREPTOMICINA | 32- KETACONAZOL |
| 14- FOSFOMICINA | 33- NISTATINA |
| 15- GENTAMICINA | 34- GRISEOFULVINA |
| 16- KANAMICINA | 35- METILPARTRICINA |
| 17- LINCOMICINA | 36- NORFLOXACIM |
| 18- METRONIDAZOL | |
| 19- METROGILIDATININA | |



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BANANAL
Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social
CNPJ: 27.744.143/0001-64 - Insc. Est.: Isento
Av. 14 de Setembro, 887 - Rio Bananal - ES
CEP: 29920-000 - Fone: (27) 3265-1201

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: _____

NOME: _____

VOCÊ PODE EVITAR
A TRANSMISSÃO DA AIDS
PARA O SEU BEBÊ.

Exija o teste anti - HIV no pré-natal:
ele é gratuito e é um direito seu.

HIV
Mãe positiva,
Filho Saudável.



LOTE 81

Data: ____/____/____ Médico - Carimbo - CRM _____

Ao voltar à consulta traga esta receita

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE

31 64 4067

TS

UNIDADE		REQUISICÃO DE EXAMES		NOME											
Nº REGISTRO:															
		IDADE		SEXO	CLÍNICA	ENFERMARIA	LEITO								
DADOS CLÍNICOS															
EXAMES SOLICITADOS															
RECOMENDAÇÕES ESPECIAIS PARA O EXAME															
DATA / /															
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO															

LOTE 82

UF

Unidade de Saúde

Código Município

Município

Pontuação

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cadastro SUS*

Sexo

☐ Masculino ☐ Feminino

Nome Completo do(a) paciente*

Apelido do(a) paciente

Nome Completo da Mãe*

Nacionalidade

Cor/Raça

☐ Branco ☐ Preto ☐ Pardo ☐ Amarelo ☐ Indígena/ Etnia

Idade*

CPF

Data de Nascimento*

Endereço Residencial

Logradouro

Número

Complemento

Código Município

CEP

Ponto de Referência

Escolaridade

☐ Analfabeto(a) ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNÊSE (SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou cisto no mamão?

☐ Sim, mamão direito
☐ Sim, mamão esquerdo
☐ Não

2 - Apresenta rinite alérgica* para câncer de mamão?

☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

* Risco elevado são:

Mulheres com história familiar, de pelo menos, um *caso de primeira grau com diagnóstico de:

- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;

- câncer da mama bilateral ou câncer de ovário e/ou colo uterino;

Mulheres com história familiar de câncer de mama e/ou ovário;

Mulheres com diagnóstico histopatológico de hiperplasia atípica ou carcinoma in situ polifóico com origem ou

Mulheres com história pessoal de câncer de mama;

3 - Atua desta consult, teve seus mamas examinadas por um profissional de saúde?

☐ Sim
☐ Nunca foram examinadas anteriormente
☐ Não sabe

4 - Faz mamografia alguma vez?

☐ Sim Quando fez a última mamografia? Ano
☐ Não
☐ Não sabe

6 - Fez cirurgia de mamão? Em que ano?

☐ Sim, mamão direito
☐ Sim, mamão esquerdo
☐ Não

Mamão direito

Biópsia cirúrgica mastil

Biópsia cirúrgica axililar

Sagittotomia

Ductectomia

Mastectomia

Mastectomia poupadora de pele

Mastectomia poupadora de pele e complexo areola-papila

Unilateralmente axilar

Biópsia de linfonodo sentinela

Reconstrução mastil

Mastoplastia redutora

Intitudo de implantes

Mamão esquerdo

7 - Memorias diagnóstica

☐ 7a. *Redondo na extremidade*

Nome direito
☐ *Lesão papilar*

Desenvolvimento papilar

☐ *Crústula*
☐ *Hemorragia*

Modelo

Lesão triângulo

Lesão

Lesão

☐ OIL
 ☐ GSM
 ☐ OIM
 ☐ UOI*2*

☐ OSL
 ☐ UOI*med*
☐ RRA
 ☐ PA

☐ UOI*up*

Experimento

Lesão triângulo

Lesão

Lesão

☐ OIL
 ☐ GSM
 ☐ OIM
 ☐ UOI*int*

☐ OSL
 ☐ UOI*med*
☐ RRA
 ☐ PA

☐ UOI*up*

☐ *Inibido de papilar*
☐ *Astria*
☐ *Supradentritol*

Nome esquerdo
☐ *Lesão papilar*

Desenvolvimento papilar

☐ *Crústula*
☐ *Hemorragia*

Modelo

Lesão triângulo

Lesão

Lesão

☐ OIL
 ☐ GSM
 ☐ OIM
 ☐ UOI*2*

☐ OSL
 ☐ UOI*med*
☐ RRA
 ☐ PA

☐ UOI*up*

Experimento

Lesão triângulo

Lesão

Lesão

☐ OIL
 ☐ GSM
 ☐ OIM
 ☐ UOI*int*

☐ OSL
 ☐ UOI*med*
☐ RRA
 ☐ PA

☐ UOI*up*

☐ *Inibido de papilar*
☐ *Astria*
☐ *Supradentritol*

[illegible]

8 - Mamografía de rastreo

Dono de solicitação*

☐ 8a. População alvo

☐ 8b. População de risco elevado (história familiar)

☐ 8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Respondente*

Número do Exame:

111

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnostica

7a - Achados no exame clínico

7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (Bl-Prnc 1)

7c - lesão com diagnóstico de câncer

7d-Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante

7e-Revisão de mamografia com lesão, realizada em 1994, com a introdução

Zf - Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno

8 - Mamografia de Rastreamento

Localização	de meninos	de meninas
QSL - Quadrantes superior lateral	UQSL - União dos quadrantes superiores laterais	
QIL - Quadrante inferior lateral	UQML - União dos quadrantes inferiores laterais	
QSM - Quadrante superior medial	RSA - Região retroauricular	
QIM - Quadrante inferior medial	RC - Região central (união de todos os quadrantes)	
UQSL+ - União dos quadrantes laterais superiores	PA - Prolongamento anterior	
UQSM+ - União dos quadrantes superiores	NA - Não realizado	



35 ~~Adm~~
1209/21

Jan 22

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE RIO BANANAL
VIGILÂNCIA AMBIENTAL

E-mail: vigambiental.rb@gmail.com

Rua: João Cipriano, N° 461, São Sebastião, Rio Bananal-ES CEP 29920-000

Termino da fiscalização da Uq. Ambiental

DATA: / /

HORA: _____

2.

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

TELEPHONE: _____

ENDEREÇO: _____

FATO:

ORIENTAÇÕES:

ATENDIMENTO REALIZADO POR:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BANANAL

Vigilância Sanitária

Reclamação/Denúncia

DATA: __/__/__ HORA: __: __ NÚMERO DE SÉRIE: _____

NOME DO INFRATOR/NOME DO ESTABELECIMENTO: _____

ENDEREÇO DO INFRATOR: _____

RECLAMAÇÃO/DENÚNCIA:

Obs.: DADOS DO INFORMANTE: (se houver necessidade)

ATENDIMENTO À RECLAMAÇÃO/DENÚNCIA/RESOLUÇÃO DO CASO:

DATA: ____/____/____
HORA: ____:____:____

Assinatura e Carimbo



TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



34	RUBRICA
PROC. Nº 1299121	

Nº Série: _____

23

PORTADOR RESPONSÁVEL:

Eu _____, portador do RG e/ou
CPF: _____, assumo civil e
criminalmente, inteira responsabilidade pelo talonário de receituário B de Nº
_____ a _____, para o profissional
_____, CRM _____, Estou
ciente que responderei nas vias cabíveis, pela omissão e/ou inverdade nas
informações aqui declaradas. Por ser verdade o que declaro e assumo, assino
abaixo.

Assinatura

Rio Bananal ____/____/____

RESPONSÁVEL MÉDICO:

Eu _____, CRM _____
portador do RG e/ou CPF: _____,
assumo civil e criminalmente, inteira responsabilidade pelo talonário de
receituário B de Nº _____ a _____ na
UBS _____. Estou ciente que responderei nas vias cabíveis,
pela omissão e/ou inverdade nas informações aqui declaradas. Por ser verdade
o que declaro e assumo, assino abaixo.

Assinatura

Rio Bananal ____/____/____

ATENDIMENTO REALIZADO POR:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: