

ANEXO VI

MODELOS



Prefeitura de Comendador
Levy Gasparian

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ATESTADO MÉDICO

Atesto, que o associado: _____

Portador da Carteira Profissional nº _____

Série _____ necessita de _____ (_____)

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

CID: _____

Comendador Levy Gasparian (RJ), _____ de _____ de _____

Assinatura do Médico - CRM n.º



**Prefeitura de Comendador
Levy Gasparian**

Rua Euclides Dantas Werneck, 06 - Centro
Com. Levy Gasparian - RJ - CEP 25870-000
Telefax: (24) 2254 1100
CNPJ 39.554.597/0001-51

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os fins que _____

compareceu a consulta médica nesse setor, no turno da _____ na data ____/____/____

Comendador Levy Gasparian, ____ de _____ de _____

MÉDICO

FICHA DE ATENDIMENTO



Prefeitura de Comendador
Levy Gasparian

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SUS
Sistema
Único
de Saúde

RECEPÇÃO

CARTÃO SUS

Nome Completo do Paciente

Logradouro

Localidade

CBO: _____

DN: ____/____/____ Idade: _____

Data: ____/____/____

PROFISSIONAL

Data: ____/____/____

CID 10: _____

Procedimento

Procedimento

Procedimento

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Profissional de Saúde

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	NÚMERO
RJ	FU 042725

B

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE FERNANDA MONTEIRO MARQUES COMENDADOR LEVY GASPARIAN C.R.M. 52-0104001-4-PJ Rua Euclides Dantas Werneck, 6 - CEP 25870-000 - Com Levy Gasparian-RJ Tel.: (24) 2254-1100

Medicamento ou Substância
Quantidade e Forma Farmacêutica
Dose por Unidade Posológica
Posologia

de _____ de _____ Paciente: _____

Assinatura do Emitente _____ Endereço: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Endereço: _____
Identidade N°. _____ Órgão Emissor _____ Tel. _____

CARIMBO DO FORNECEDOR
Nome do Vendedor _____ Data ____/____/____

J. L. Vieira Gráfica e Editora - ME - Rua José Kalil, 85 - Boa União - Três Rios - RJ
Tel./Fax (24) 2255-9007 / 2251-3342 - CNPJ 35.931.229/0001-24 - Insc. Est. 83.511.206

50 Tls. 50x1 de FU041087 A FU043587
Aut. VISA / CREMERJ Nº B-6290136623 - 23/07/2021



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE
COMENDADOR LEVY GASPARIAN

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

RUA EUCLIDES DANTAS WERNECK, 06 - CENTRO - CEP 25870-000
COM. LEVY GASPARIAN - RJ - TEL.: (24) 2254-1100

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

NOME E ASSINATURA
DO FARMACÊUTICO

DATA: ____/____/20____



Prefeitura de Comendador
Levy Gasparian
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO N.º ~~123456789~~



Governo do Estado do Rio de Janeiro
 Prefeitura Municipal de Comendador Levy Gasparian
 Samu 192 Região Centro-Sul Fluminense



SAMU
192

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

☐ USA ☐ USB		Ocorrência nº _____	Data: ____ / ____ / ____	Registro nº _____
1- Dados da Ocorrência				
Nome _____			Idade _____	☐ M ☐ F
Rua _____			Bairro _____	
Ponto de Referência _____			Cidade _____	
2- Tipo de Ocorrência				
☐ TRAUMA		☐ CLÍNICO		
☐ Atropelamento	☐ Colisão carro x moto	☐ Sinais de alcoolismo	☐ Dispnéia	
☐ Acidente de bicicleta	☐ Colisão carro x bicicleta	☐ Assistência ao parto	☐ Distúrbio psiquiátrico	
☐ Acidente de motocicleta	☐ Colisão carro x objeto fixo	☐ AVE	☐ Dor precordial	
☐ Arma branca	☐ Desabamento	☐ Convulsão	☐ Intoxicação exógena	
☐ Arma de fogo	☐ Queda da própria altura	☐ Crise hipertensiva	☐ Edema agudo de pulmão	
☐ Agressão física	☐ Queda superior à própria altura	☐ Desmaio	☐ PCR	
☐ Afogamento	☐ Queimadura	☐ Hipoglicemia	☐ Insuficiência cardíaca	
☐ Choque elétrico	☐ Soterramento	☐ Hiperglicemia	☐ Tentativa de suicídio	
☐ Colisão carro x carro	☐ Outros _____	☐ Hipotensão	☐ Outros _____	
3- Escala de Glasgow				
Abertura ocular	Melhor resposta verbal		Melhor resposta motora	
4 ☐ Espontânea	Adulto	Criança < 4 anos	6 ☐ Obedece a comandos	Total
3 ☐ A voz	5 ☐ Orientado	5 ☐ Palavras apropriadas, sorri ou fixa objetos	5 ☐ Apropriada à dor	
2 ☐ A dor	4 ☐ Confuso	4 ☐ Chora mas é consolável	4 ☐ Retirada à dor	
1 ☐ Ausente	3 ☐ Desconexo	3 ☐ Persistentemente irritada	3 ☐ Flexão	
	2 ☐ Incompreensível	2 ☐ Inquieta, agitada	2 ☐ Extensão	
	1 ☐ Ausente	1 ☐ Ausente	1 ☐ Ausente	
4- Trauma - TSR				
Frequência respiratória	PA sistólica		Escala de Glasgow	
4 ☐ 10 a 29	4 ☐ maior que 89		4 ☐ 13 a 15	
3 ☐ maior que 29	3 ☐ 76 a 89		3 ☐ 9 a 12	
2 ☐ 6 a 9	2 ☐ 50 a 75		2 ☐ 6 a 8	
1 ☐ 1 a 5	1 ☐ 1 a 49		1 ☐ 4 a 5	
0 ☐ Ausente	0 ☐ Ausente		0 ☐ Ausente	
5- Sinais vitais				
FR: _____	FC: _____	PA: _____	Sat O2 _____	HGT: _____
6- Destino da vítima				
☐ Liberada no local ☐ Já removida ☐ Não localizada ☐ Recusou atendimento ☐ Óbito na VTR ☐ Óbito no local				
☐ Evadiu-se do local ☐ Unidade de referência: _____				
7- Termo de Recusa de Atendimento				
Eu, _____, por meio deste assumo total responsabilidade pela recusa do atendimento e transporte pelo SAMU, mesmo que isso traga danos a minha saúde, isentando a equipe do SAMU/TR de qualquer responsabilidade: ____/____/____ Assinatura: _____				
Testemunha: _____ Documento: _____				
8- Observações 				
9- Equipe do SAMU			10- Médico receptor	

REQUISIÇÃO DE EXAMES



Município de Comendador
Levy Gasparian
governo que faz!

SUS



ANOS

8

HOSPITAL - AMBULATÓRIO - PU

NOME:

BAIRRO

TELEFONE

Nº. DO PRONTUÁRIO

☐

A

☐

I

☐

D

IDADE

SEXO

PESO

ALTURA

CLÍNICA

ENF.

LEITO

DADOS CLÍNICOS

EXAMES REQUISITADOS

____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM