



Nome do Paciente: _____

Data Nasc.: _____ Sexo: _____ Cartão SUS: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Município: _____

Estado: _____ Data do Atendimento: _____ Raça/Cor: _____

Assinatura ou 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



Prefeitura de
Piranga

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.

Contato: (31) 3746-1094 /  (31) 3746-1088



Prefeitura de
Piranga



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 <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> AUTORIZADO	MOTIVO		
<input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZADO			
<input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO			
DATA AUTORIZAÇÃO	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)	CRM 	

LAUDO 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 <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	RAÇA / COR <input type="checkbox"/>	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, Nº, 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 <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	CNPJ SEGURADORA	Nº BILHETE	SÉRIE
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	CPNJ EMPRESA	CNAE DA EMPRESA	CBOR
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
<input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO			

7 - AUTORIZAÇÃO - ELETIVAS E ALTA COMPLEXIDADE

SITUAÇÃO DO LAUDO <input type="checkbox"/> APROVADO <input type="checkbox"/> REPROVADO <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO _____		JUSTIFICATIVA
DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	N.º DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
DATA AUTORIZAÇÃO / /	CONSELHO DE CLASSE	
ASSINATURA E CARIMBO - N.º REGISTRO NO CONSELHO		

8 - AUTORIZAÇÃO - SUPERVISÃO HOSPITALAR

SITUAÇÃO DO LAUDO <input type="checkbox"/> APROVADO <input type="checkbox"/> REPROVADO <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO _____		JUSTIFICATIVA
DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	N.º DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
DATA AUTORIZAÇÃO / /	CONSELHO DE CLASSE	
ASSINATURA E CARIMBO - N.º REGISTRO NO CONSELHO		

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF Número

MG 03.

Data

____/____/____

Paciente

Medicamento

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF Número

MG 03.

B

____ de ____ de 20 ____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRANGA - MG

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Santa Efigênia, nº 55 - Centro - Piranga - Minas Gerais

Paciente _____

Endereço _____

Assinatura do Emitente _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____

Endereço _____

Telefone _____

Identidade nº _____ Órgão Emissor _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor _____ Data ____/____/____

Medicamento ou Substância

Quant. e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRANGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Prefeitura de **Piranga**

RUA SANTA EFIGÊNIA Nº 55 CENTRO, PIRANGA - MG
TEL: (31) 3746-1088 / (31) 3746-1094



Prefeitura de
Piranga

PLANILHA DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES



Equipe: _____ **Especialidade:** _____ **Data:** ___/___/___

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

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

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRANGA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE



Prefeitura de
Piranga

RECEITUÁRIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRANGA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE



Prefeitura de
Piranga

RECEITUÁRIO



DATA: __/__/_____

DESTINO: _____

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



DATA: __/__/_____

DESTINO: _____

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