



Estado do Rio Grande do Sul

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BARÃO DE COTEGIPE**

Secretaria Municipal de Saúde

**UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

## ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ recebeu  
atendimento neste serviço no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_,  
e necessita afastamento de suas atividades por \_\_\_\_\_ dias, a  
partir de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

**Observação:**

*É vedado ao médico revelar o CID e diagnóstico salvo se autorizado pelo paciente ou responsável legal, conforme art. 73 do Código de Ética Médica.*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*Data*

\_\_\_\_\_  
*Nome do Médico, CRM e Assinatura*

\* Autorizo a divulgação do diagnóstico (CID)

\_\_\_\_\_  
*Paciente ou Responsável Legal*



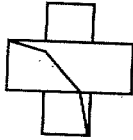
Estado do Rio Grande do Sul  
**BARÃO DE COTEGIPE**

**LEMBRETE**

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

**Secretaria Municipal de Saúde**



**SIA/SUS-RS**

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO  
DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

EMISSOR  UNIDADE PÚBLICA

**DADOS DO PACIENTE**

NOME \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO **BARÃO DE COTEGIPE**

ESTADO **RS**

**DADOS CLÍNICOS**

**EXAME OU PROCEDIMENTOS SOLICITADOS**

\_\_\_\_\_ CÓDIGO

\_\_\_\_\_ CÓDIGO

\_\_\_\_\_ CÓDIGO

\_\_\_\_\_ CÓDIGO

\_\_\_\_\_ CÓDIGO

\_\_\_\_\_ CÓDIGO

\_\_\_\_\_ CÓDIGO

\_\_\_\_\_ CÓDIGO

\_\_\_\_\_ CÓDIGO

DATA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ASS. E CARIMBO DO PROFISSIONAL REQUERENTE**

DATA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ASS. E CARIMBO DO AUTORIZADOR**

ENCAMINHADO PARA (nome e endereço do serviço)

**POLEGAR  
DIREITO**

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL (após a realização do procedimento)



# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF: **RS** Nº \_\_\_\_\_

## UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Rua José Mantovani, 220

CEP: 99740-000 - BARÃO DE COTEGIPE - RS

Fones: /54/ 3523-2128 • 3523-1420

1ª VIA: Retenção da Farmácia ou Drogeria

2ª VIA: Orientação ao Paciente

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

PACIENTE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO:

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENT.: \_\_\_\_\_ ÓRG. EMIS.: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

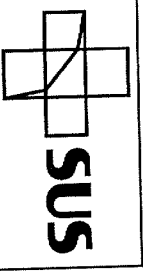
TELEFONE: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do(a) Farmacêutico(a)

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



**SIA/SUS-RS**  
 SISTEMA DE INFORMAÇÕES  
 AMBULATORIAIS  
 DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

4. MOTIVO DO ATENDIMENTO

7. TRATAMENTO/DESCRIÇÃO  
 DOS PROCEDIMENTOS

8. ASSINATURA  
 E CARIMBO DO  
 PROFISSIONAL

1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO

CNES: 2249448

NOME DA UNIDADE: CENTRAL

ENDEREÇO: RUA JOSÉ MANTOVANI, 220

MUNICÍPIO: BARÃO DE COTEGIPE UF: RS

87 613 451/0001-82

Código SIA/SUS: 0109479

PREREBUENAMUNICIPAL DE  
 BARÃO DE COTEGIPE  
 Rua Princesa Isabel, 114  
 CEP 98740-000  
 BARÃO DE COTEGIPE - RS

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:

SEXO:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO: BARÃO DE COTEGIPE UF: RS

3. ASSINATURA DO PACIENTE  
 OU RESPONSÁVEL

5. CBO  
 (CÓDIGO BRASILEIRO  
 DE OCUPAÇÕES)

6. CÓDIGO DA  
 TABELA DE  
 PROCEDIMENTOS

9. CARÁTER DO ATEND.

10. DIAGNÓSTICO

11. CID.:

12. DATA

# **ESTIVE AQUI PARA REALIZAÇÃO DE VISITA DOMICILIAR DE ROTINA**

**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:**

---

MICROÁREA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

Estado do Rio Grande do Sul  
Prefeitura Municipal de Barão de Cotegipe  
Secretaria Municipal de Saúde  
Estratégia Saúde da Família

**LEMBRE-SE QUE FAZER EXERCÍCIOS REGULARMENTE E CUIDAR DA DIETA, FAZ BEM A SUA SAÚDE!**









UF **RS** CNES da Unidade de Saúde **2249448** N° Protocolo \_\_\_\_\_  
 Unidade de Saúde **POSTO DE SAÚDE** (n° gerado automaticamente pelo SISCAN)  
 Código Município **430170** Município **BARÃO DE COTEGIPE** Prontuário \_\_\_\_\_

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS\* \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Feminino  
 Nome Completo do(a) paciente\* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Apellido do(a) paciente \_\_\_\_\_  
 Nome Completo da Mãe\* \_\_\_\_\_  
 CPF \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento\* \_\_\_\_\_ Idade\* \_\_\_\_\_ Cor/Raça  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena/Etnia \_\_\_\_\_  
 Dados Residenciais  
 Logradouro \_\_\_\_\_  
 Número \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Código Município **430170** Município **BARÃO DE COTEGIPE**  
 CEP **99740-000** DDD **54** Telefone \_\_\_\_\_  
 Ponto de Referência \_\_\_\_\_  
 Escolaridade  Analfabeto(a)  Ensino Fundamental Incompleto  Ensino Fundamental Completo  Ensino Médio Completo  Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?\*

- Sim, mama direita
- Sim, mama esquerda
- Não

2. Apresenta risco elevado\* para câncer de mama?\*

- Sim
- Não
- Não sabe

\* Risco elevado são:

- Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
  - câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
  - câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ
- Mulheres com história pessoal de câncer de mama

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?\*

- Sim
- Nunca foram examinadas anteriormente
- Não sabe

4- Fez mamografia alguma vez?\*

- Sim. Quando fez a última mamografia? Ano \_\_\_\_\_
- Não
- Não sabe

5- Fez radioterapia na mama ou no plastrão? Em que ano?\*

- Sim, mama direita \_\_\_\_\_
- Sim, mama esquerda \_\_\_\_\_
- Não
- Não sabe

6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?\*

	Mama direita		Mama esquerda
<input type="checkbox"/>	_____	Biópsia cirúrgica incisional	_____
<input type="checkbox"/>	_____	Biópsia cirúrgica excisional	_____
<input type="checkbox"/>	_____	Centralectomia	_____
<input type="checkbox"/>	_____	Segmentectomia	_____
<input type="checkbox"/>	_____	Dutectomia	_____
<input type="checkbox"/>	_____	Mastectomia	_____
<input type="checkbox"/>	_____	Mastectomia poupadora pele	_____
<input type="checkbox"/>	_____	Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar	_____
<input type="checkbox"/>	_____	Linfadenectomia axilar	_____
<input type="checkbox"/>	_____	Biópsia de linfonodo sentinela	_____
<input type="checkbox"/>	_____	Reconstrução mamária	_____
<input type="checkbox"/>	_____	Mastoplastia redutora	_____
<input type="checkbox"/>	_____	Inclusão de implantes	_____
<input type="checkbox"/>	Não fez cirurgia		

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (\*) são obrigatórios

7 - Mamografia diagnóstica

7a. Achados no exame clínico

**Mama direita**

Lesão papilar

Descarga papilar

Cristalina

Hemorrágica

Nódulo:

Localização

QSL  QIL  QSM  QIM  UQlat

UQsup  UQmed  UQinf  RRA  PA

Espessamento:

Localização

QSL  QIL  QSM  QIM  UQlat

UQsup  UQmed  UQinf  RRA  PA

Linfonodo palpável

Axilar

Supraclavicular

**Mama esquerda**

Lesão papilar

Descarga papilar

Cristalina

Hemorrágica

Nódulo:

Localização

QSL  QIL  QSM  QIM  UQlat

UQsup  UQmed  UQinf  RRA  PA

Espessamento:

Localização

QSL  QIL  QSM  QIM  UQlat

UQsup  UQmed  UQinf  RRA  PA

Linfonodo palpável

Axilar

Supraclavicular

7b. Controle radiológico Categoria 3

**Mama direita**

**Mama esquerda**

- nódulo
- microcalcificação
- assimetria focal
- assimetria difusa
- área densa
- distorção focal
- linfonodo axilar

7c. Lesão com diagnóstico de câncer

**Mama direita**

**Mama esquerda**

- nódulo
- microcalcificação
- assimetria focal
- assimetria difusa
- área densa
- distorção focal
- linfonodo axilar

7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

Mama direita

Mama esquerda

7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

**Mama direita**

**Mama esquerda**

- Categoria 0
- Categoria 3
- Categoria 4
- Categoria 5

7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno

**Mama direita**

**Mama esquerda**

- nódulo
- microcalcificação
- assimetria focal
- assimetria difusa
- área densa
- distorção focal
- Linfonodo axilar

8 - Mamografia de rastreamento

8a. População alvo

8b. População de risco elevado (história familiar)

8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação\*

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável\*

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica

7a - Achados no exame clínico

Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)

7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS®)

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

7c - Lesão com diagnóstico de câncer

Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento

7d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta

7e - Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de outra instituição nas categorias 0,3,4 e 5 para revisão de resultado

7f - Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de biópsia de fragmento ou PAAF de lesões benignas

8 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 35 anos com histórico familiar (População de risco elevado - história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

Localização:

QSL - Quadrante superior lateral

QIL - Quadrante inferior lateral

QSM - Quadrante superior medial

QIM - Quadrante inferior medial

UQlat - União dos quadrantes laterais

UQsup - União dos quadrantes superiores

UQinf - União dos quadrantes inferiores

UQmed - União dos quadrantes mediais

RRA - Região retroareolar

RC - Região central (união de todos os quadrantes)


PA - Prolongamento axilar

NR - Não realizado



<b>DUPLA ADULTO</b>	<b>HEPATITE B</b>	<b>SAR/CAX/RUB</b>	<b>FEBRE AMARELA</b>	
____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____
<b>DUPLA ADULTO</b>	<b>HEPATITE B</b>			
____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____
<b>DUPLA ADULTO</b>	<b>HEPATITE B</b>			
____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____
____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____

MANTENHA A CADERNETA EM SEU PODER, JUNTO COM SEUS DOCUMENTOS.  
VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

 <p style="text-align: center;"><b>SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE</b> CADERNETA DE VACINAÇÃO</p>	NOME:
	R.G.:
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	
UNIDADE DE SAÚDE:	





**PREFEITURA MUNICIPAL DE BARÃO DE COTEGIPE**

SISTEMA DE CONTROLE INTERNO

REQUISIÇÃO DE LAVAGENS / CONSERTO / TROCA DE PNEUS

Nº 2668

**Lavagem**

**Conserto de Pneu**

**Troca de Pneu**

Veículo/Máquina Nº: \_\_\_\_\_

Fornecedor: \_\_\_\_\_

DATA	QUANTIDADE	VALOR R\$

Autorizo:

Forneci:

Atesto que recebi:

Servidor Credenciado

Fornecedor

Motorista ou Operador





**PREFEITURA MUNICIPAL DE BARÃO DE COTEGIPE**

SISTEMA DE CONTROLE INTERNO  
REQUISIÇÃO DE COMBUSTÍVEL - PARA FORNECEDOR

Nº 15111

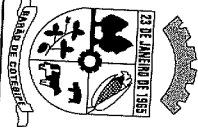
Óleo Diesel

Gasolina

Álcool

Veículo/Máquina Nº: \_\_\_\_\_

DATA	Nº DO ODOMETRO OU HOROMETRO	LITROS FORNECIDOS	VALOR REGISTRADO NA BOMBA RS
<i>Autorizo:</i>		<i>Forneci:</i>	<i>Atesto que recebi:</i>
<i>Servidor Credenciado</i>		<i>Fornecedor</i>	<i>Motorista ou Operador</i>

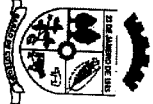


**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BARÃO DE COTEGIPE**

Rua Princesa Isabel, 114 - Fone/Fax: 54 3523 1344 - 99740-000 - Barão de Cotegipe - RS

e-mail: [cotegipe@baraodecotegipe.rs.gov.br](mailto:cotegipe@baraodecotegipe.rs.gov.br) - Site: [www.baraodecotegipe.rs.gov.br](http://www.baraodecotegipe.rs.gov.br)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BARÃO DE COTEJIPE**  
**SISTEMA DE CONTROLE INTERNO**  
**REGISTRO DE SERVIÇO PRESTADO A PARTICULAR**

Nº 901

Nome do Favorecido: \_\_\_\_\_

Caminhão/Máquina N.º: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo Nº	Serviço	Local	Quantificação		Total de Horas ou Km's
			Nº Horômetro ou Odômetro Inicial	Final	

Declaro que o serviço foi executado.

Motorista/Operador \_\_\_\_\_

Proprietário ou Representante \_\_\_\_\_

Código dos Serviços:  
Nº 01 Abertura/fechamento valas  
Nº 02 Abertura de estrada  
Nº 03 Açude  
Nº 04 Aterro  
Nº 05 Colocação de tubos  
Nº 06 Destoca  
Nº 07 Estrada de lavoura

Nº 08 Extração de cascalho/terra  
Nº 09 Fonte drenada  
Nº 10 Fossa/esterqueira  
Nº 11 Limpeza de valetas  
Nº 12 Movimento de terra  
Nº 13 Patrolamento  
Nº 14 Prestação de socorro  
Nº 15 Ponte, pontilhão ou pinguela

Nº 16 Silo-trincheira  
Nº 17 Terraplanagem  
Nº 18 Transporte de carga  
Nº 19 Transporte de lixo  
Nº 20 Transporte de pessoal  
Nº 21 Viagem  
Nº 22 Transporte adubo orgânico  
Nº 23 Outro (Descrever)