



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE _____ 4 - Nº DO PRONTUÁRIO _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 6 - DATA DE NASCIMENTO _____ 7 - SEXO _____ 8 - RAÇA/COR _____
 Masc. Fem.

9 - NOME DA MÃE _____ 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____
 DDD _____

11 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____
 DDD _____

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____ 16 - UF _____ 17 - CEP _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 20 - QTDE _____

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 23 - QTDE _____

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 28 - QTDE _____

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 29 - QTDE _____

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 32 - QTDE _____

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 35 - QTDE _____

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO _____ 37 - CID10 PRINCIPAL _____ 38 - CID10 SECUNDÁRIO _____ 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

40 - OBSERVAÇÕES _____

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____ 45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) _____

43 - DOCUMENTO _____ 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____
 () CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR _____ 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____

48 - DOCUMENTO _____ 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____
 () CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____ 53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____
 / / a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ 55 - CNES _____



DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE GUZOLÂNDIA
"CIRÇA FERREIRA SOARES DE MATTOS"
Rua Manoel Cândido da Silva, 1.200 - CEP 15355-000 - FONE (17) 3637-1171

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO
REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS DE DIAGNOSE E TERAPIA - SADT**

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: _____ Código SUS/SP

UNIDADE REQUISITANTE:

Nome: CENTRO DE SAÚDE "CIRÇA FERREIRA SOARES MATTOS" Código SUS/SP - 6190382

Gestor: PREFEITURA MUNICIPAL DE GUZOLÂNDIA

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

Nº RIC: Idade: __ () a () m () d Sexo: () Fem. () Masc. () Indef.

Nome: _____

Endereço: _____

Município da Residência: _____ Cód. Mun. Resid. 3518909 UF SP

IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO:

Data da Solicitação: ____/____/____

| Descrição do Procedimento: | Código SIA/SUS | DATA | Assinatura do Cliente |
|----------------------------|---|----------------|-----------------------|
| _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ____/____/____ | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ____/____/____ | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ____/____/____ | _____ |

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE:

Assinatura: _____ CR

Nome: _____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO SADT:

Assinatura: _____ CR

Nome: _____



DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE GUZOLÂNDIA
"CIRÇA FERREIRA SOARES DE MATTOS"
Rua Manoel Cândido da Silva, 1.200 - CEP 15355-000 - **FONE (17) 3637-1171**

ATESTADO

ATESTO que o Segurado.....

....., portador da Carteira

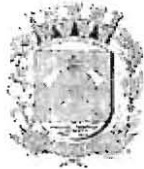
Profissional n.º....., série....., necessita

de..... (.....) dias de

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

.....
Localidade e data

.....
Ass. e Carimbo do Profissional



DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE GUZOLÂNDIA
"CIRÇA FERREIRA SOARES DE MATTOS"
Rua Manoel Cândido da Silva, 1.200 - CEP 15355-000 - FONE (17) 3637-1171

ATESTADO

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

DECLARO que o Segurado.....

.....

portador da Carteira Profissional nº....., série.....,

permaneceu nesta Unidade no diade.....

às.....horas,para fim de:

.....
Localidade e data

.....
Ass. e Carimbo do Profissional



DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE GUZOLÂNDIA-SP
VIGILÂNCIA ZOOSSANITÁRIA

20/01/2015



Para _____

DR LEONARDO T. DO NASCIMENTO BASHIYO
MÉDICO VETERINÁRIO - CRMV 24522
TÉC. RESP/ DA VIGILÂNCIA ZOOSSANITÁRIA DE GUZOLÂNDIA

Rua Cabo Miranda, nº. 816 - Centro. Fone/Fax (017) 3637.1192 - CEP 15.355-000 - Guzolândia -SP

120 Bloco 4



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUZOLÂNDIA RELATÓRIO DIÁRIO DE VEÍCULOS

Motorista/Operador: _____ Data: / /

Veículo: _____ Placa: _____ Ano: _____ Combustível: _____

| HORA | | | ODÔMETRO | | | ROTEIRO | | |
|-------|-------|-------|--------------|---------|-------|-------------------|-----------|-------|
| Saída | Cheg. | Total | Saída | Chegada | Total | Destino | Atendendo | Obs.: |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Total | | | Total Kms/hs | | | Encarregado _____ | | |
| | | | | | | Motorista _____ | | |

C. S. III de Guzolândia

FONE (17) 3637-1171

Rua Manoel Cândido da Silva, 1200 - CEP 15355-000 - Guzolândia - SP

Nome: _____

Nº: _____

CONTROLE DE DISTRIBUIÇÃO DO LEITE NO MÊS DE: _____

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| | | | | | | | | | | | | | | 31 |

Carimbo e Assinatura do Responsável: _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

DRS II - ARAÇATUBA - SP

CENTRO DE SAÚDE

"CIRÇA FERREIRA SOARES MATTOS"

Rua Manoel Cândido da Silva nº 1200 - CEP 15.355-000 - Guzolândia - SP

Fone (17) 3637-1171 - e-mail: prefeitura-saude@guzolandia.sp.gov.br

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO E AGENDAMENTO

CAD. USB nº _____

Nome: _____

End.: _____ nº _____

Matrícula Nº _____ e Data ____/____/____

Data de Nasc. ____/____/____ Sexo _____

Cartão SUS nº _____

PARA FACILITAR O SEU ATENDIMENTO, TENHA SEMPRE EM MÃOS ESTE CARTÃO

NOME:

Nº MAT.:

| DATA | R | E | A T E N D I M E N T O | RÚBRICA |
|------|---|---|-----------------------|---------|
| | | | | |

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SÃO PAULO
DIR VI - DIVISÃO REGIONAL DE SAÚDE DE ARAÇATUBA

GUIA DE ENCAMINHAMENTO
REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

REFERÊNCIA

Nº _____

Do CENTRO DE SAÚDE "CIRÇA FERREIRA SOARES MATTOS" Para _____

I - IDENTIFICAÇÃO - PRONTUÁRIO Nº _____

Nome _____, Data de Nascimento ____/____/____

Idade _____ Sexo _____ Cor _____

Endereço _____ Município _____

Telefone / Referência _____

II - RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA, CONSULTA E EXAMES REALIZADOS:

III - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

IV - SOLICITAÇÃO: _____

Data ____/____/____

Assinatura e Carimbo

CONTRA REFERÊNCIA

Do _____ Para _____

Nome _____ Idade _____ Nº Prontuário _____

I - RELATÓRIO E ORIENTAÇÕES:

Data ____/____/____

Assinatura e Carimbo

OBS: 1ª via (branca) retida pela Unidade de Referência.
2ª via (amarela) devolvida à Unidade Requisitante, através do paciente.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SÃO PAULO
DIR VI - DIVISÃO REGIONAL DE SAÚDE DE ARAÇATUBA

GUIA DE ENCAMINHAMENTO
REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

REFERÊNCIA

Nº _____

Do CENTRO DE SAÚDE "CIRÇA FERREIRA SOARES MATTOS" Para _____

I - IDENTIFICAÇÃO - PRONTUÁRIO Nº _____

Nome _____, Data de Nascimento _____/_____/____

Idade _____, Sexo _____, Cor _____

Endereço _____, Município _____

Telefone / Referência _____

II - RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA, CONSULTA E EXAMES REALIZADOS:

III - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

IV - SOLICITAÇÃO: _____

Data _____/_____/_____

Assinatura e Carimbo

CONTRA REFERÊNCIA

Do _____ Para _____

Nome _____, Idade _____, Nº Prontuário _____

I - RELATÓRIO E ORIENTAÇÕES:

ata _____/_____/_____

Assinatura e Carimbo

UF CNES da Unidade de Saúde N° Protocolo (n° gerado automaticamente pela SISCAN)

Unidade de Saúde

Código Município Município 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 Branco Preto Pardo Amarela Indígena/Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número Complemento

Bairro UF

Código Município Município

CEP - DDD 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 no 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 pleitô? 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="text"/> | Biópsia cirúrgica incisional | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Biópsia cirúrgica excisional | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Centrolectomia | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Segmentectomia | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Dulectomia | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Mastectomia | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Mastectomia poupadora de pele | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Linfadenectomia axilar | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Biópsia de linfonodo sentinela | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Reconstrução mamária | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Mastoplastia redutora | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Inclusão de implantes | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Não fez cirurgia | | |

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

7a. Achados no exame clínico

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Mama direita <input type="checkbox"/> Lesão papilar Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica | | | | | Mama esquerda <input type="checkbox"/> Lesão papilar Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica | | | | |
| Nódulo- Localização <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA | | | | | Nódulo- Localização <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA | | | | |
| Espessamento Localização <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA | | | | | Espessamento Localização <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA | | | | |
| Linfonodo palpável <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supraclavicular | | | | | Linfonodo palpável <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supraclavicular | | | | |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 7b. Controle radiológico Categoria 3 Mama direita Mama esquerda <input type="checkbox"/> nódulo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> microcalcificação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> assimetria focal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> assimetria difusa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> área densa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> distorção focal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> linfonodo axilar <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 7c. Lesão com diagnóstico de câncer Mama direita Mama esquerda <input type="checkbox"/> nódulo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> microcalcificação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> assimetria focal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> assimetria difusa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> área densa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> distorção focal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> linfonodo axilar <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante <input type="checkbox"/> Mama direita <input type="checkbox"/> Mama esquerda | |
|--|--|---|--|--|--|

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição Mama direita Mama esquerda <input type="checkbox"/> Categoria 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Categoria 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Categoria 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Categoria 5 <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 7f. Controle da lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno Mama direita Mama esquerda <input type="checkbox"/> nódulo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> microcalcificação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> assimetria focal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> assimetria difusa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> área densa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> distorção focal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Linfonodo axilar <input type="checkbox"/> | |
|--|--|---|--|

8 - Mamografia de rastreamento

8a. População oiva 8b. População de risco elevado (história familiar) 8c. Paciente já tratada 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 | Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (se sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar; descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular) |
| 7a - Achados no exame clínico | |
| 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, nos meses do tratamento |
| 7d - Avaliação de resposta a 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, 1, 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 30 e 49 anos (população oiva) ou maiores de 35 anos com história familiar (população de risco elevado - história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: mastalgiia 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 retractoral RC - Região central (união de todos os quadrantes) PA - Prolongamento axilar NR - Não realizada |