



**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 n.º....., série.....,

Permaneceu nesta Unidade no dia .....de.....

às..... horas, para fim de:

.....  
Localidade e data

.....  
Ass. do Médico ou Odontólogo  
CRM/CRO





# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

DRS II - ARAÇATUBA - SP

CENTRO DE SAÚDE

"CIRÇA FERREIRA SOARES MATTOS"

Rua Manoel Cândido da Silva, nº1200 - 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





**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





# 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	



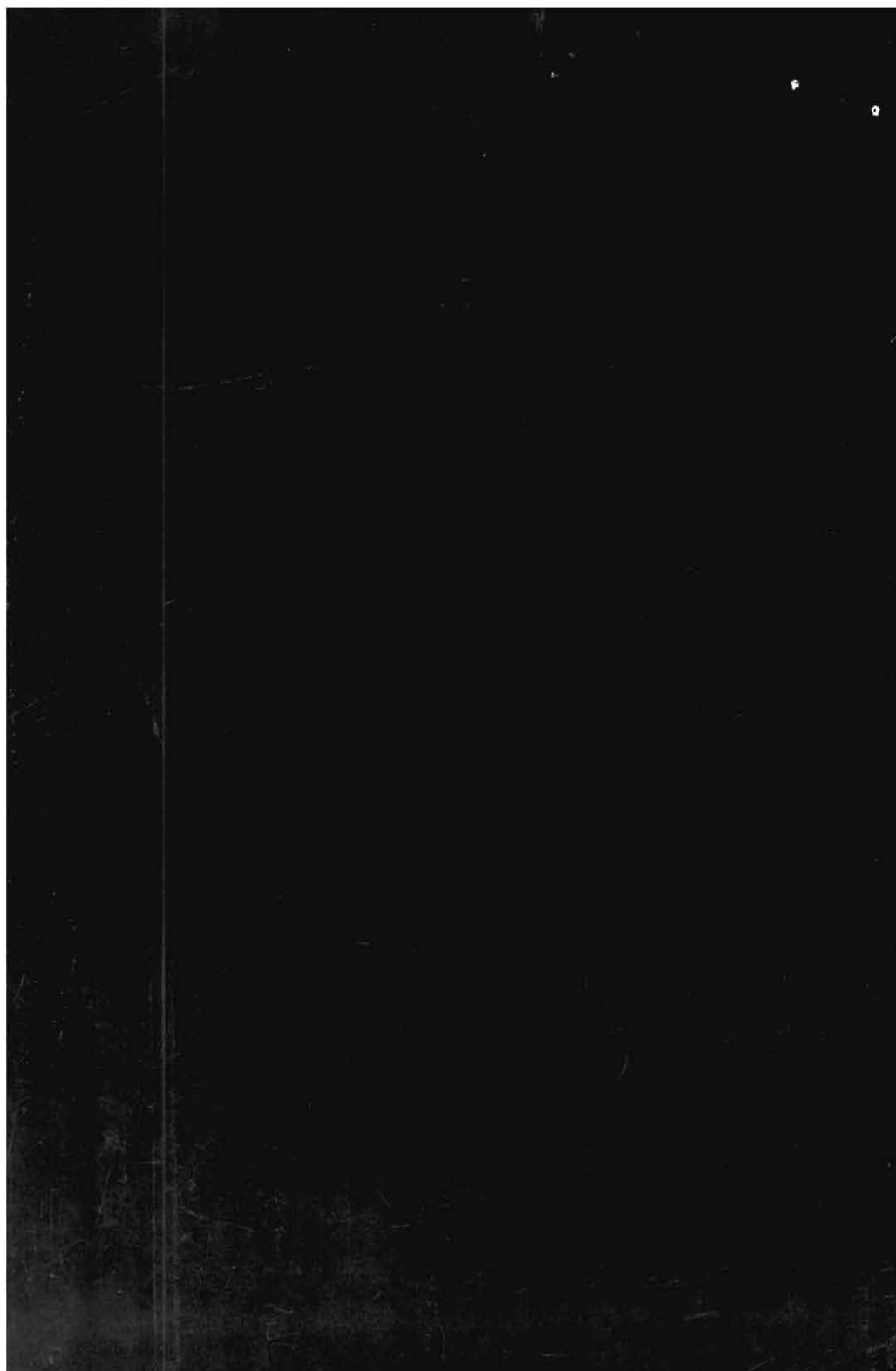




**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE  
SANTA ALBERTINA  
JSM 158**



**5ª CIRCUNSCRIÇÃO DE SERVIÇO MILITAR - 5ª CSM  
RIBEIRÃO PRETO/SP  
20ª DELEGACIA DE SERVIÇO MILITAR  
JALES/SP**





**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 - C6D. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ 16 - UF \_\_\_\_\_ 17 - CEP \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

18 - C6DIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 20 - QTDE. \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)**

21 - C6DIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 23 - QTDE. \_\_\_\_\_

24 - C6DIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 26 - QTDE. \_\_\_\_\_

27 - C6DIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 29 - QTDE. \_\_\_\_\_

30 - C6DIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 32 - QTDE. \_\_\_\_\_

33 - C6DIGO 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 \_\_\_\_\_ 43 - DOCUMENTO \_\_\_\_\_ 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_

( ) CNS ( ) CPF

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_ 47 - C6D. 6RGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ 48 - DOCUMENTO \_\_\_\_\_ 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_ 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_ 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) \_\_\_\_\_ 53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC \_\_\_\_\_

( ) CNS ( ) CPF

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)**

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE \_\_\_\_\_ 55 - CNES \_\_\_\_\_





# Gráfico para Acompanhamento do Crescimento SISVAN / Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

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

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Peso ao nascer: \_\_\_\_\_

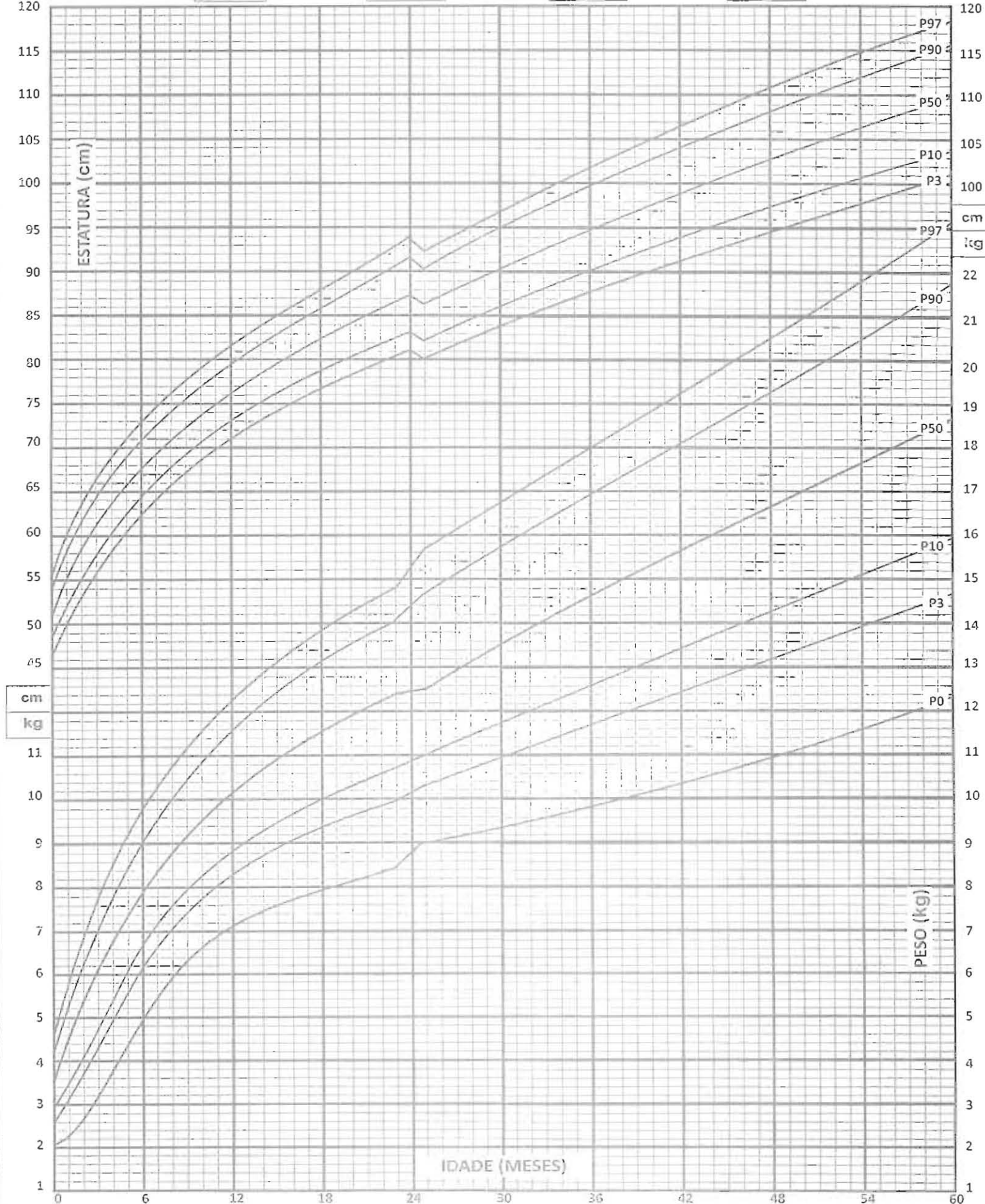
Sexo Masculino

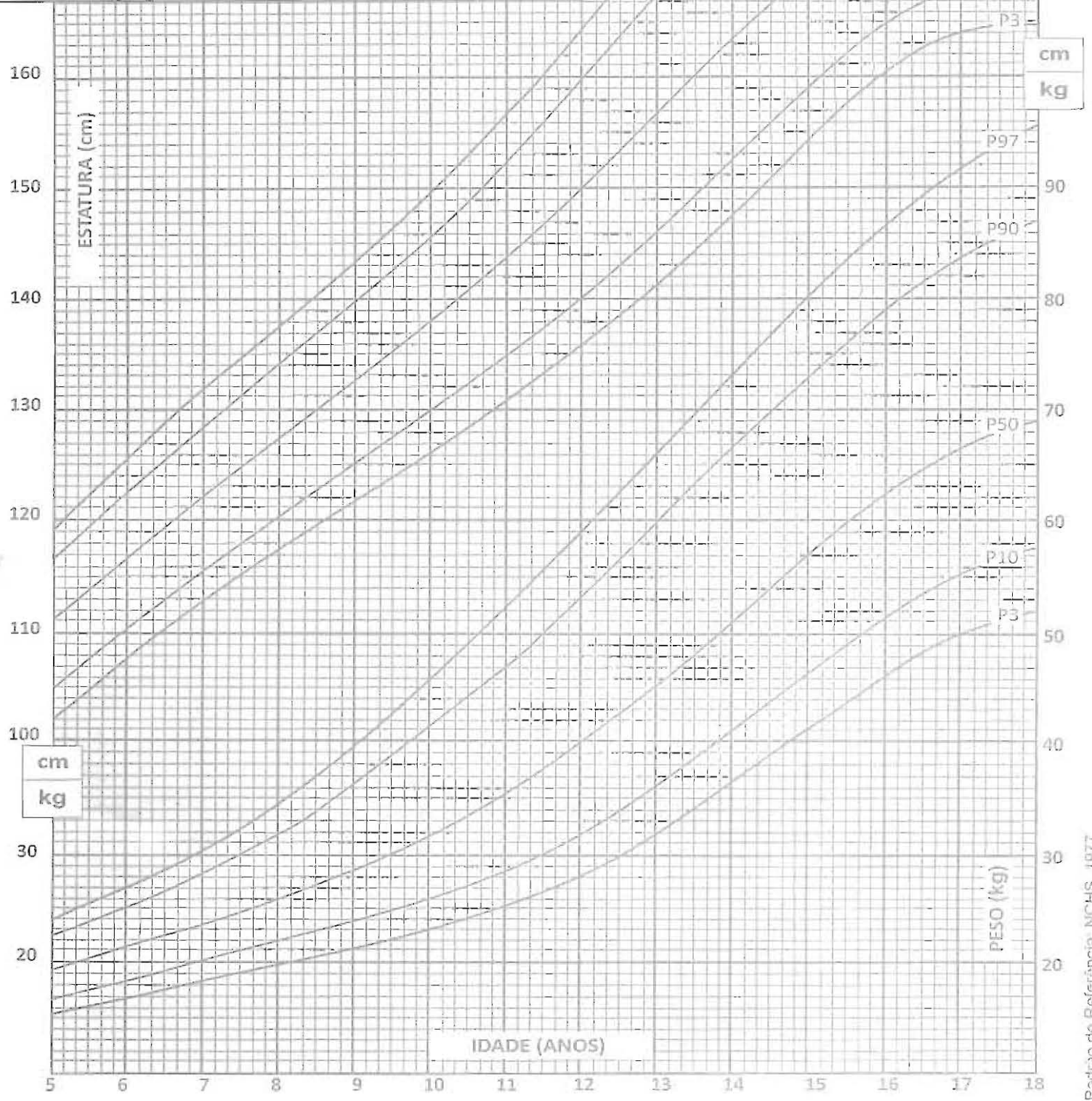
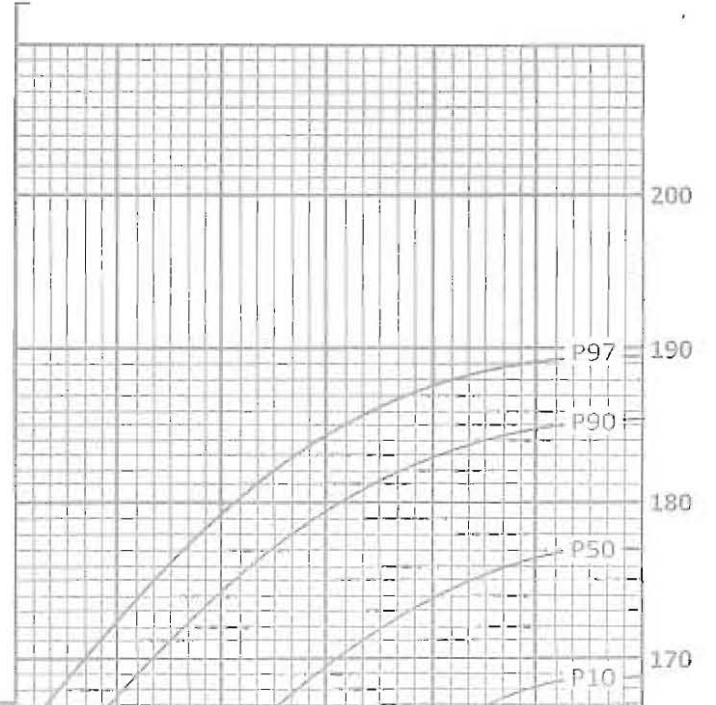
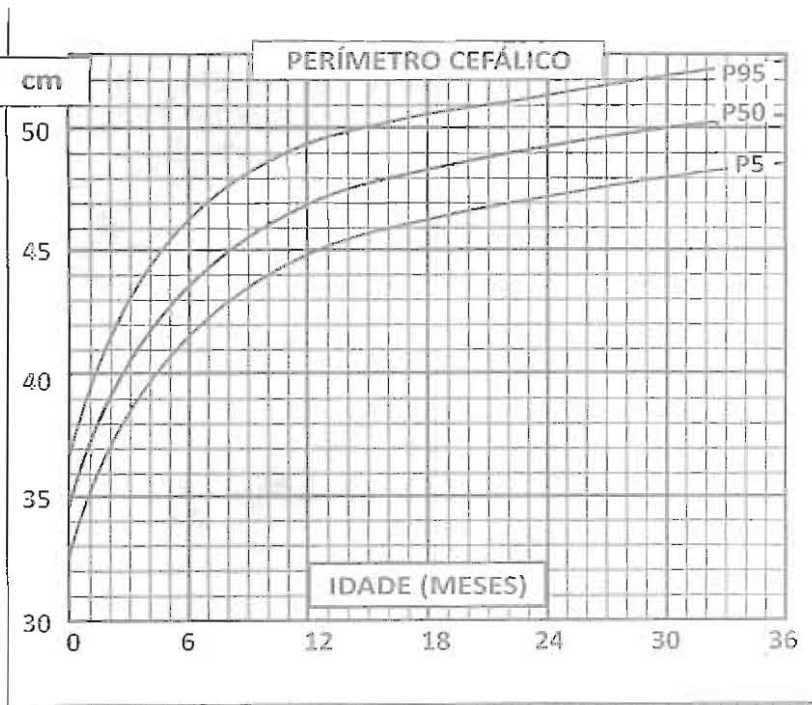
1 ano

2 anos

3 anos

4 anos







# Gráfico para Acompanhamento do Crescimento SISVAN / Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

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

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Peso ao nascer: \_\_\_\_\_

Sexo Feminino

1 ano

2 anos

3 anos

4 anos

