SUS Sistema Único de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARMO DO PARANAÍBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DOCUMENTO 01

GUIA DE ENCAMINHAMENTO INTERMUNICIPAL

01 - Nº

DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE

02 - Origem

03 - Destino

DADOS DO PACIENTE

04 - Nome

05 - Sexo
- 1 - Masc.
- 2 - Fem.

06 - Endereço

07 - CEP

08 - Município/Bairro

09 - UF

10 - Cart. Identidade

11 - Data Nasc.

12 - Médico Solicitante (carimbo/assinatura)

13 - Data Emissão

14 - CPF Médico

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO

15 - Motivo

43

16 - Diagnóstico Inicial (CID)

17 - Clínica

18 - Procedimento Solicitado

G.Dorvia-3851-2E08

Identificação Auto

Prefeitura Municipal de Carmo do Paranaíba
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade de Pronto Atendimento – UPA Adolpho Pereira de Rezende
Avenida Tancredo Neves, sn – Bairro: Paranaíba
FONES: (34)3851-1742

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

44

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CARMO DO PARANAÍBA

LEITO: _____

NOME: _____

DIETA: _____

ADMISSÃO: _____

MÉDICO _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARMO DO PARANAÍBA

45

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Número do Cadastro:

Nome:

Idade: Cor: Estado Civil:

Profissão: Naturalidade:

Residência:

Filiação: Pai:

Mãe:

DATA	INTERCORRÊNCIA DE CONDUTA
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

item 30

MUNICÍPIO DE CARMO DO PARANAÍBA
Secretaria Municipal de Saúde
Centro de Especialidades Odontológicas - CEO
INSTRUÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

46

Nome:_____

Endereço:_____

1. Retirar a gaze protetora da boca após 20 minutos.
2. Aplicar bolsa de gelo na fase, protegida por um guardanapo ou toalha fina, sobre o local operado durante 15 minutos, descansando 5 minutos, até a noite começando imediatamente após a cirurgia.
3. Não fazer bochechos pelo menos durante 72 horas após a intervenção; somente escovar os dentes após as refeições.
4. Evitar excessos físicos e mentais por 3 dias. Se necessário manter repouso com a cabeça elevada (2 travesseiros).
5. Seguir corretamente a medicação prescrita, respeitando os horários determinados.
6. Alimentar-se de líquidos, de preferência frios ou gelados (sorvete, vitaminas, suco de frutas, caldos, etc) no primeiro dia após a cirurgia. Nos dias seguintes, até a remoção da sutura, os alimentos devem ser macios e podem ser quentes ou mornos.
7. Cuidado adicional deve ser tomado durante o período que ainda estiver anestesiado. para evitar laceração nos lábios, língua e bochecha.
8. Passar vaselina, manteiga de cacau ou hidratante nos lábios nas primeiras 48 horas após cirurgia, para reduzir a marca que possa ter ocorrido devido ao afastamento dos mesmos.
9. Em caso de hemorragia, morder ou comprimir no local uma gaze dobrada durante 10 minutos. Se houver persistência do quadro favor entrar em contato com o Vitá Centro Odontológico.
10. A região operada pode apresentar edema (aumento de volume) hematoma (cor azulada) e ficar dolorida; trata-se de uma reação normal que desaparecerá gradualmente. Compressas quentes podem começar a serem utilizadas 72 horas após a cirurgia.
11. Evitar cuspir, fumar e assoar o nariz nas próximas 72 horas.

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
8 - DATA DE NASCIMENTO / /
9 - SEXO Masc. 1 Fem. 3
10 - RAÇA/COR
10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE
12 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL
14 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
18 - UF
19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
24 - CID 10 PRINCIPAL
25 - CID 10 SECUNDÁRIO
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
29 - CLÍNICA
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
31 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO / /
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA
40 - Nº DO BILHETE
41 - SÉRIE
42 - CNPJ EMPRESA
43 - CNAE DA EMPRESA
44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR
48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF
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 DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

Unidade

Nome	Código/CNPJ

Órgão Emissor

PACIENTE

Nome do Cliente

Endereço (Rua,Nº,Bairro)	Município	UF

CEP	Data de Nascimento	Sexo	Masculino	Feminino	Condição	Segurado	Cônjuge	Filho	Outro Dep.
			1	3		2	4	6	8

SEGURADO

Nome do Segurado

PIS/PASEP/Nº Individual	Vínculo com a Previdência						CNPJ da Empresa
	Empregado	Empregador	Autônomo	Desempregado	Aposentado	Não Segurado	
	1	2	3	4	7	9	

CPF do Médico solicitante	Proced. solicitado	Car. Int.	Data da Emissão	CPF do Medico responsável	Ass. Médico responsável

Preencher em caso de acidente de Trânsito →	Causa externa	CNPJ da seguradora	Nº do Bilhete	Série

Laudo Técnico e Justificativa da Internação

Principais sinais e sintomas clínicos

Condições que justificam a Internação

Principais resultados de Provas Diagnósticas

Diagnóstico inicial

Procedimento solicitado

Clínica Cirúrgica	Obstétrica	Cli Médica		
1	2	3		
Tisipneumol.	Psiquiátrica	Pediátrica	Outros	
4	5	7	9	

Assinatura do Médico solicitante (Examinador)	CRM	Data

SUS 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 Masc. ☐ Fem. ☐

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

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) SECUNDÁRIOS(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE.

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - 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

38-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 ( ) CNS ( ) CPF

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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