

15 cm x 21 cm

①



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIA DA FÉ
HOSPITAL MUNICIPAL FERRAZ E TORRES
CNPJ: 18.180.356/0001-10

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o (a) Sr. (a).

Compareceu às _____ horas de hoje, sendo por mim examinado (a) e se encontra sem condições de exercer suas atividades por um período de _____ dias, a contar de _____.

ID _____

Maria da Fé _____ de _____ de _____

Carimbo, Assinatura

Rua João Gonçalves da Costa, nº 190 - Bairro Canudos
Maria da Fé / MG

TEL: (35) 3662-1118

② 6 cm x 5 cm 1972

Administração: _____

Nome: _____

Letra: _____

Med.: _____

Doçs: _____

Horário: _____

Ass.: _____

3) 9 cm x 5 cm

1500 mm

Nome: _____

Leito: _____

Soro: _____

Gotejamento: _____ Nº: _____

Data: ____/____/____

4
30cm x 10cm

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIA DA FÉ
Rua João Gonçalves da Costa, nº 190 - Canudos - Maria da Fé - MG
Telefone: 0xx(35) 3662-1118 - E-mail: hospital.mariadafe@gmail.com

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Data: ____ / ____ / 20 ____

Horário: _____

Enfermagem

Médico

ELETROCARDIOGRAMA

5
A4

 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	
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIA DA FÉ			2 2 0 8 8 4 9	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES	
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIA DA FÉ			2 2 0 8 8 4 9	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO
				Masc. ☐ 1 Fem. ☐ 3
11 - NOME DA MÃE				10 - RAÇA/COR
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
				14 - TELEFONE DE CONTATO 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
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		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				41 - SÉRIE
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		42 - CNPJ DA 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		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
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)		

6

Nome Paciente: _____

10,5 em X 5 em

Leito: _____

Data: ____/____/____

• clínica médica

7

21 cm x 15 cm

☐

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIA DA FÉ

A SERVIÇO DE

☐

LABORATÓRIO

☐

URGÊNCIA

☐

ECG

☐

ROTINA

☐

RAIO X

SOLICITAMOS PARA O PACIENTE ABAIXO

NOME: _____

PRONT. Nº: _____

CLÍNICA: _____

☐

INTERNO LEITO Nº _____

☐

AMBULATÓRIO - PS

INDICAÇÃO CLÍNICA

EXAMES SOLICITADOS

_____/_____/_____
DATA

ASSINATURA MÉDICO - C.R.M.

AMBULATÓRIO - PS

PS

ASSINATURA MÉDICO - C.R.M.

8

15 x 21 cm

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE MARIA DA FÉ

CRM

UF

Nº

Rua João Gonçalves da Costa, 190
Tel. 3662-1118 - Maria da Fé - MG

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE MARIA DA FÉ

CRM

UF

Nº

Rua João Gonçalves da Costa, 190
Tel. 3662-1118 - Maria da Fé - MG

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

FORNECEDOR

10,5cm x 15

HOSPITAL MUNICIPAL FERRAZ E TORRES
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIA DA FÉ

C.G.C.: 18.180.356/0001-10

Rua João Gonçalves da Costa, 190 - Telefax: (35) 662-1118 / 662-1119 - Maria da Fé - MG

RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICO

NOME DO PACIENTE

MEDICAÇÃO PRESCRITA

(ASSINATURA DO MÉDICO)

DATA

10

10,5 x 15 cm

HOSPITAL MUNICIPAL FERRAZ E TORRES
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIA DA FÉ

C.G.C.: 18.180.356/0001-10

Rua João Gonçalves da Costa, 190 - Telefax: (35) 662-1118 / 662-1119 - Maria da Fé - MG

RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICO

NOME DO PACIENTE

MEDICAÇÃO PRESCRITA

(ASSINATURA DO MÉDICO)

DATA

11

10,5 x 15 cm

HOSPITAL MUNICIPAL FERRAZ E TORRES
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIA DA FÉ

CNPJ: 18.180.356/0001-10

Rua João Gonçalves da Costa, 190 - Telefax: (35) 3662-1118 / 3662-1119 - Maria da Fé - MG

RECEITUÁRIO DE PSICOTRÓPICO

NOME DO PACIENTE

MEDICAÇÃO PRESCRITA

(ASSINATURA DO MÉDICO)

DATA

15 x 21 cm

12

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIA DA FÉ

CNPJ: 18.180.356/0001-10

Rua João Gonçalves da Costa, 190 - Telefones: (35) 3662-1118 - 3662-1119
MARIA DA FÉ MINAS GERAIS

13

20 x 17 cm

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIA DA FÉ

CNPJ: 18.180.356/0001-10

Requisição de Medicamentos e Materiais

**USO DA
FARMÁCIA**

Quantidade

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

Assinatura _____

14 Frente

A4

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIA DA FÉ
Hospital Municipal Ferraz e Torres

CNPJ 18.180.356 / 0001 - 10

Rua João Gonçalves da Costa, 190 - Centro - Maria da Fé - MG - Tel.: (35) 3662-1118 / Fax.: (35) 3662-1119

SUMÁRIO DE ALTA

Clínica: _____ Leito: _____

Número do Prontuário: _____

Data: ____/____/____

☐ ALTA

☐ ÓBITO

☐ TRANSFERÊNCIA

Assinatura do Médico: _____ CRM: _____

Assinatura do responsável: _____

A4

⑭ Verse

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIA DA FÉ
Hospital Municipal Ferraz e Torres

CNPJ 18.180.356 / 0001 - 10

Rua João Gonçalves da Costa, 190 - Centro - Maria da Fé - MG - Tel.: (35) 3662-1118 / Fax.: (35) 3662-1119

INTERNAÇÃO

Nome: _____

Data Nasc.: / / **Idade:** anos **Est. Civil:**

Religião: _____ Etnia: _____

Cartão SUS: _____ Documento: _____

Profissão (se aposentado, colocar ocupação habitual): _____

Rua/Av.: _____ nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Telephone 1: _____ Telephone 2: _____

Responsável: _____

Telephone resp 1.:_____Telephone resp 2.:_____

Nome da mãe: _____

15 Frente

At. Paragem

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAIA DA FÉ – HOSPITAL MUNICIPAL FERRAZ E TORRES (CNPJ 18.180.356/0001-10)
Rua João Gonçalves da Costa, 190 Canudos – CEP: 37517-000 (Tel. 3662-1118 / 3662-1119)

Paciente:		Médico Internista:	Leito:	Data	Hora	() Clínica Médica
						() Pediatria
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM			
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
19.						
20.						

15 Verso

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAIA DA FÉ – HOSPITAL MUNICIPAL FERRAZ E TORRES (CNPJ 18.180.356/0001-10)
Rua João Gonçalves da Costa, 190 Canudos – CEP: 37517-000 (Tel. 3662-1118 / 3662-1119)

Paciente:		Médico Internista:	Leito:	Data:	☐ Clínica Médica ☐ Pediatria	
EXAME FÍSICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	HORA	PA	HORA PA
Consciência		1. Verificar SSVV e comunicar alterações		:		:
☐ Orientado	☐ Confuso	2. Monitorar nível de consciência		:		:
☐ Calmo	☐ Agitado	3. Oferecer dieta: Oral / SNG/ SNE		:		:
☐ Emotivo	☐ Toporoso	4. Administrar medicações observando reação		:		:
☐ Comatoso (*)		5. Monitorar eliminações fisiológicas		HORA	FC	HORA FC
Cabeça		6. Realizar banho: aspersão/cadeira/leito		:		:
☐ Íntegro	☐ Alteração	7. Realizar/auxiliar higiene oral		:		:
MMSS		8. Auxiliar deambulação		:		:
☐ Íntegro	☐ Ac. Venoso	9. Realizar mudança de decúbito		HORA	SATURACÃO	HORA SATURACÃO
Tronco		10. Oferecer Líquidos		:		:
☐ Íntegro	☐ Alteração	11. Manter decúbito:		:		:
ABDOMEN		12. Realizar curativo:		:		:
☐ Íntegro	☐ Flácido	13. Proceder troca de fixação de cateter		HORA	TEMP	HORA TEMP
☐ Globoso	☐ Plano	14. Aspirar vias aéreas superior		:		:
☐ RHA	☐ Doloroso	15. Desprezar/anotar débito de sonda vesical		:		:
☐ Indolor		16. Uso de O2: Máscara/Cateter/Outros		:		:
MMII		Outras Observações		HORA	DESTRO	HORA DESTRO
☐ Íntegro	☐ Alteração	Vômitos:		:		:
ELIMINAÇÕES				:		:
Vesical Presente () Ausente ()		Fezes:		:		:
Tipo:				:		:
Intestinal Presente () Ausente ()		Outros:				

16 A 4

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
F.A.A. - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

HOSPITAL: FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIA DA FÉ

UNIDADE CÓDIGO SIA/SUS FICHA Nº

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____ DN: _____

Nome da mãe: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Localidade: _____ CEP: _____

DRS: _____ Data: _____ Hora: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável: _____

EXAME CLÍNICO/DESCRIÇÃO SUMÁRIA

PA: _____

TEMP: _____

CID: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Destino do Paciente: () Alta () Internado () Encaminhado para:

Materiais, Medicamentos, SADT, utilizados no atendimento (anexar exames): _____

Observação na Unidade (042,6) Justificar indicação e informar nº de horas: _____

Assinatura e Carimbo do Profissional: _____ Alta Hora:

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

(Observação na Unidade e Aplicação de Medicamentos: _____

Assinatura da Enfermagem: _____

Retorno Dia: ____/____/____

Assinatura do Paciente _____

17

15 cm x 10 cm



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIA DA FÉ
HOSPITAL MUNICIPAL FERRAZ E TORRES
CNPJ: 18.180.356/0001-10

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

DECLARO que, _____

_____esteve em Consulta Médica às _____ Hs.

CID: _____

Maria da Fé _____ de _____ de _____



8x6cm

Rastreabilidade

Produto: _____

Origem: _____

Data do Preparo: _____ / _____ / _____ ;

Preparado por: _____

Data de Esterilização: _____ / _____ / _____ ;

Validade: _____, ____ / ____ / _____

Ciclo: _____

Funcionário: _____

10 x 15 cm

19

Requerimento de Ambulância

NOME DO REQUERENTE:

LOCAL DO ATENDIMENTO:

REFERÊNCIA DO LOCAL:

TELEFONE DE CONTATO:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

OBSERVAÇÕES

Motorista:

Hora da chamada: ____:____h

Saída para atendimento: ____:____h

ASSINATURA / RUBRICA:

FICHA DE ANAMNESE DE ENFERMAGEM

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAIA DA FÉ – HOSPITAL MUNICIPAL FERRAZ E TORRES (CNPJ 18.180.356/0001-10)
Rua João Gonçalves da Costa, 190 Canudos – CEP: 37517-000 (Tel. 3662-1118 / 3662-1119)

A4
20

Data:		CNS:									
		Hora:									
Informações pessoais											
Nome:											
Endereço:											
Tel.: ()		DN:	RG:								
Sexo:		Cor:	Natural:								
Estado Civil:		Ocupação:									
Responsável para contato:											
Nome:											
Tel.:											
Histórico de Doença Atual (HDA)											
Queixa Principal:											
Queixa Secundária:											
Escala de Dor:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Glasgow:											
Diagnóstico de Internação:											
Histórico Patológica											
Hipertensão	SIM	NÃO	Diabetes	SIM	NÃO						
Cardiopatia	SIM	NÃO		SIM	NÃO						
Cirurgias	SIM	NÃO	Qual:								
Câncer	SIM	NÃO	Qual:								
Alergias	SIM	NÃO	Quais:								
Medicamentos	SIM	NÃO	Quais:								
Histórico Fisiológico											
Alimentação	BOA	MÁ	Sono	BOM	MAL						
Nº de Refeições /dia	< 3	3	>3	Condições:							
Eliminações	Urina:		Tipo:								
	Fezes:		Tipo:								
Histórico Social											
Fumante	SIM	NÃO	Dias/Anos/QT								
Etilista	SIM	NÃO	Dias/Anos/QT								
Outras Drogas	SIM	NÃO	Especificar								
At. Física	SIM	NÃO	Frequência								
Doença de Base	SIM	NÃO	Especificar								
Algum tratamento	SIM	NÃO	Especificar								
				Enfermeiro (a)							

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAIA DA FÉ – HOSPITAL MUNICIPAL FERRAZ E TORRES (CNPJ 18.180.356/0001-10)
Rua João Gonçalves da Costa, 190 Canudos – CEP: 37517-000 (Tel. 3662-1118 / 3662-1119)

22

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAIA DA FÉ – HOSPITAL MUNICIPAL FERRAZ E TORRES (CNPJ 18.180.356/0001-10)
Rua João Gonçalves da Costa, 190 Canudos – CEP: 37517-000 (Tel. 3662-1118 / 3662-1119)

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAIA DA FÉ – HOSPITAL MUNICIPAL FERRAZ E TORRES (CNPJ 18.180.356/0001-10)
Rua João Gonçalves da Costa, 190 Canudos – CEP: 37517-000 (Tel. 3662-1118 / 3662-1119)

23

18cm x 16cm



MUDANÇA DE PROCEDIMENTO PARA PACIENTES COM PERMANÊNCIA SUPERIOR AO PERMITIDO

DATA: / /

LEITO / QUARTO: /

DADOS VITAIS:

PULSO: P.A:

FR: T:

SAT: GLASGOW:

OBS: POR FAVOR PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL.

* MÉDICO PARA MUDANÇA DE PROCEDIMENTO PREENCHER O
LAUDO EM ANEXO.

ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE:

MÉDICO

DIAGNÓSTICO ANTERIOR:MUDANÇA
PROC.ALTA
HOSP.

1°

2°

3°

4°

Assinatura Médico
Carimbo

Assinatura Enfermeira
Carimbo

Assinatura Colaborador
Faturamento

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIA DA FÉ
HOSPITAL MUNICIPAL FERRAZ E TORRES
CGC 18.180.356/0001-10

Rua João Gonçalves da Costa, 190 - Canudos - Maria da Fé/MG
Tel: (035) 3662-1118 (ramal: 25) e-mail: faturamentomariadafe@gmail.com



DADOS PARA EMISSÃO DA AIH E SUS FACIL.

OBS: POR FAVOR PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL

ENFERMAGEM

CLÍNICA:

NÚMERO DA AIH:

PROCEDIMENTO:

DIAGNÓSTICO INICIAL COM O CID:

DATA DA INTERNAÇÃO: / HORA: : QUARTO/ENF: LEITO:

NOME DO PACIENTE: SEXO:

DATA NASC: / / RG: CPF: CNS:

MENOR CERTIDÃO DE NASCIMENTO Nº COMPLETO:

NOME DA MÃE COMPLETO:

ENDEREÇO: Nº: BAIRRO:

CIDADE: CEP:

DADOS ENFERMAGEM:

NOME COMPLETO: _____
Assinatura e carimbo

MÉDICO

PROCEDIMENTO COLICITADO:

CLÍNICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

HISTÓRIA CLÍNICA:

SINAIS / SINTOMAS:

MEDICAMENTOS EM USO:

EXAME CLÍNICO:

CIRCULATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

EXAME FÍSICO:

RAIO X:

ECG:

DADOS MÉDICO:

NOME COMPLETO: _____
CRM: Assinatura e carimbo