



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE VENTANIA**

Secretaria Municipal de Saúde

Requisição de Exame Laboratorial

Nome: _____

D.N: ____/____/____

Cartão SUS: _____

Observações: _____

Data do Pedido: ____/____/____ Liberado em: ____/____/____

Responsável

Médico(a)/Enfermeiro(a)



3807

SECRETARIA

Autorizo esta RM em

QUANT.	DISCRIMINAÇÃO	VALOR

PARA USO DA SEÇÃO DE COMPRAS

Especificar o uso dos materiais requisitados

Autorizo

Prefeito

em: / /

Depto. de Compras

Requisitante



Controle de Retirada de Combustível

Data: ____/____/____ Local: _____

Veículo Placa _____ Km _____

Mot. Resp.: _____ N.F. _____

Quant.	Discriminação	Valor R\$
	Litros - Gasolina	
	Litros - Etanol	
	Litros - Diesel	
	Lubrificante	

TOTAL R\$

Assinatura



Prefeitura Municipal de Ventania
Atendimento Pré Hospitalar



DATA: _____ HORÁRIO INÍCIO: _____ HORÁRIO TÉRMINO: _____
EQUIPE EM ATENDIMENTO _____

SOBRE AVISO: _____ COREN: _____
TEC. EM ENFERMAGEM: _____ COREN: _____
CONDUTOR: _____

DADOS DA VITIMA

NOME: _____
DOCUMENTO: _____
CNS: _____ IDADE: _____ TELEFONE: _____
ENDEREÇO: _____
BAIRRO: _____
ACOMPANHANTE: _____
GRAU DE APROXIMAÇÃO: _____ TELEFONE: _____

SINAIS VITAIS

PA:	MM/HG	FR:	FRM
FC:	BPM	TAX:	Cº
SAT:	SPO ²	HGT:	MG/DL

LOCAL DA OCORRÊNCIA

☐ VIA PÚBLICA ☐ LOCAL DE TRABALHO ☐ DOMICILIO ☐ OUTRO:
ENDEREÇO: _____

ANTECEDENTES

☐ ALCOOLISMO ☐ AVE ☐ HIPERTENSÃO ☐ HIV/AIDS ☐ ALERGIA ☐ CRISE CONVULSIVA ☐ DIABETES ☐ OUTROS:

MOTIVO DA OCORRÊNCIA

EM CASO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

Por instrumento, eu _____, declaro que não quero ser transferido (a) para a instituição designada. Estou ciente que recusei o atendimento prestado pela equipe, estando em consciência dos meus atos, recuso o atendimento prestado, estou em plena condição de responder pelos meus atos, mesmo que isto traga prejuízo à minha saúde.

TESTEMUNHA1: _____ DOC: _____ ASS: _____
TESTEMUNHA2: _____ DOC: _____ ASS: _____

RELATORIO DA ENFERMAGEM DURANTE TRANSPORTE

DESTINO DA VÍTIMA

☐ ENTREGUE AO HOSPITAL/PAM ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ OBITO DURANTE TRANSPORTE ☐ OBITO NO LOCAL

HOSPITAL/PAM

ASSINATURA E CARIMBO