

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CATALÃO - GOIÁS

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins que o(a)

Sr.(a) _____

compareceu neste serviço, no dia ____/____/____

das _____ às _____, para consulta médica.

CATALÃO, ____/____/____

MÉDICO

ATESTADO MÉDICO

A pedido do(a) interessado(a) _____

_____, na qualidade de seu médico assistente,
atesto para os devidos fins, que, o(a) mesmo(a), por motivo de doença (CID):
(_____), ficou (ou ficará) impossibilitado(a) de exercer as
suas atividades durante _____
dias a partir de _____

_____, _____ de _____ de _____

CRM-GO _____

O presente Atestado é fornecido com ciência dos dispositivos legais vigentes (Código Penal, Artigo 302), encontrando-se laudo detalhado sobre o caso à disposição de quem, de direito, possa interessar.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CATALÃO - GOIÁS

A T E S T A D O

Declaro para os devidos fins que _____

não sofre, no momento, doença infecto-contagiosa e goza de sanidade física e mental, estando apto para o trabalho.

Catalão, _____ / _____ / _____

FICHA DE CONTROLE PARA ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRITO

Conforme recomendação do Ministério da Saúde
Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Enfermaria: _____ Leito: _____ Data da Internação: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO PATOLGOIA:

Doença Inicial: _____

Doença atual: _____

Foram solicitados exames para identificação do agente infeccioso: () Sim () Não

Quais exames e data: _____

O paciente vinha usando ou usou recentemente algum antibiótico? Qual?(is)?

IDENTIFICAÇÃO DO ANTIMICROBIANO SOLICITADO:

NOME	DOSE	TEMPO

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO SOLICITANTE:

_____ Data ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DA FARMÁCIA:

Funcionário: _____ Data ____/____/____

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR:

Parecer: _____

Nome: _____ Data ____/____/____

TERMO DE PERMUTA DE PLANTÃO

Eu, _____,

informo que na data ____/____/____ estarei impossibilitado(a) de comparecer no plantão na

função de _____

em razão do(s) seguinte(s) motivo(s) _____

Informo ainda que estará me substituindo o(a) servidor(a) _____

_____ de mesma função, estando ciente das

responsabilidades e de acordo com a substituição abaixo assinada.

A permuta será compensada no plantão do dia ____/____/____ seguinte

horário _____ data que estará sob minha responsabilidade.

Catalão, ____/____/____

Servidor Solicitante

Servidor Substituto



Boletim de Reconhecimento Geográfico

UF		DISTRITO		RESPONSÁVEL			
MUNICÍPIO		SUBDIST.		Inspetor Geral	Inspetor		
LOCALIDADE		CATEGORIA		Chefe de Equipe	Agente		
SUBLOCAL		CATEGORIA		Folha			
				Quart. N°	SEQ.		

Rua ou Logradouro	NF	SEQ	COMP.	LADO	TIPO	HAB.	Rua ou Logradouro	NF	SEQ	COMP.	LADO	TIPO	HAB.

RG-01

FECHAMENTO						
Residencial	R			Ponto Estratégico	PE	
Comercial	C			Outros	O	
Terreno Baldio	TB					
				TOTAL GERAL	Imóveis	
					Habitantes	

Nome		N° Agente	
Assinatura		Data	

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Nº Imóveis trabalhados por tipo				
Residência	Comércio	Terreno Baldio	Ponto Estratégico	Outros Imóveis
				Total

Nº Imóveis				
Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionados	Recuperados	

Nº Tubulos/ Amostras Coletadas

Pendência	
Reusa	Fechados

Nº DEPÓSITOS INSPECIONADOS, por tipo						
A1	A2	B	C	D1	D2	E
						Total

TB - Terreno Baldio PE - Ponto Estratégico

Eliminado	Depósitos			
	Tratados		Larvicida (2)	
	Larvicida (1)	Qtde. dep. Trat.	Qtde. (Gramas)	Qtde. dep. Trat.

Adulticida	
Tipo	Qtde. (Cargas)

Nº e seq. dos quarteirões trabalhados						
Nº e seq. dos quarteirões trabalhados						

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº e seq. dos QUARTEIRÕES com <i>Aedes aegypti</i>						
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/

Nº e seqüência dos quarteirões com <i>Aedes albopictus</i>						
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/

Nº DEPÓSITOS com espécimes por tipo						
	A1	A2	B	C	D1	D2
Com <i>Aedes aegypti</i>						
Com <i>Aedes albopictus</i>						
						Total

Nº de IMÓVEIS com espécies, por tipo				
	Res.	Com	TB	PE
Com <i>Aedes aegypti</i>				
Com <i>Aedes albopictus</i>				
Outras espécies				

Nº de EXEMPLARES			
Larvas	Pupas	Exúvia de pupa	Adultos

A1 - Caixa d'água (elevado)
D1 - Pneus e outros materiais rodantes

A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)
D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos

B - Pequenos depósitos móveis
E - Depósitos naturais

C - Depósitos fixos

Res - Residência Com - Comércio TB - Terreno baldio PE - Ponto estratégico Out - Outros imóveis

Data da entrada

Data da conclusão

Laboratório

Laboratorista

Assinatura



Boletim de Resumo do Reconhecimento Geográfico

UF		DISTRITO		RESPONSÁVEL			
MUNICÍPIO		SUBDIST.		Inspetor Geral	Inspetor		
LOCALIDADE		CATEGORIA		Chefe de Equipe	Agente		
SUBLOCAL		CATEGORIA		Folha			

Quarteirão		Tipo do Imóvel					Total	
Nº	Seq.	Res.	Com.	T.B.	Ponto Estrat.	Outros	Imóveis	Hab.
Sub-Total								

Quarteirão		Tipo do Imóvel					Total	
Nº	Seq.	Res.	Com.	T.B.	Ponto Estrat.	Outros	Imóveis	Hab.
Transporte								
TOTAL								

RG-02

Nome		Nº Agente	
Assinatura		Data	

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNETA DA CRIANÇA

MENINO



3ª edição

PASSAPORTE DA CIDADANIA



Brasília - DF
2021



MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNETA DA CRIANÇA

MENINA



3ª edição

PASSAPORTE DA CIDADANIA



Brasília - DF
2021



Caderneta da Gestante



5ª edição
2ª reimpressão
Brasília – DF
2021

DATA	ASSINATURA	CARIMBO



CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO
DR. ROBERTO ANTÔNIO MAROT
FONE: 3441-1811

Nome: _____

Endereço.: _____

Telefone: _____

Horário de Atendimento:

- Área: () Fisioterapia () T.O.
() Fonoterapia
() Psicoterapia

DATA	ASSINATURA	CARIMBO

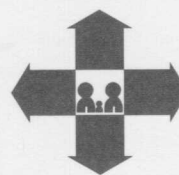
DATA	ASSINATURA	CARIMBO

Data	Controle	Data	Controle
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	



Prefeitura Municipal
de Catalão

Secretaria Municipal
de Saúde



Agentes Comunitários
de Saúde

Controle de Pressão Arterial

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Endereço: _____

Hepatite B

Data:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote:					
Lab.:					
Ass.:					
U.S.:					

Dupla Adulto (Difteria e Tétano)

Data:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote:					
Lab.:					
Ass.:					
U.S.:					

dTpa

Tríplice Viral

Data:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote:					
Lab.:					
Ass.:					
U.S.:					

HPV

Pn23

Data:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote:					
Lab.:					
Ass.:					
U.S.:					

Febre Amarela

Influenza

Data:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote:					
Lab.:					
Ass.:					
U.S.:					

Data:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote:					
Lab.:					
Ass.:					
U.S.:					

OUTRAS VACINAS, IMUNOGLOBULINAS E SOROS

Nome:					
Data:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote:					
Lab.:					
Ass.:					
U.S.:					

Nome:					
Data:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote:					
Lab.:					
Ass.:					
U.S.:					

Nome:					
Data:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote:					
Lab.:					
Ass.:					
U.S.:					



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DECOVE



Não deixe a Raiva

Acabar com uma

Grande Amizade!



CUIDE BEM

DO SEU AMIGO

LEVE SEU ANIMAL AO POSTO DE
VACINAÇÃO MAIS PRÓXIMO

FICHA CONSULTA PRÉ-ANESTÉSICA

NOME: _____ IDADE: _____ PESO: _____

CIRURGIA: _____ CIRURGIÃO: _____

CONV. _____ HOSPITAL: _____ ACOMODAÇÃO: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS:

• CARDIOVASCULAR RENAL: Angina - Enfarte - I.C.C. - Arritmia - Hipertensão - Cardiopatia Congênito
- Card. Adquirida - Trombose - Embolia - I. Renal - Doenças Chagas.

• RESPIRATÓRIO: DPOC Asma - Bronquite - Enfisema - Bronquiectasia - Fumante - Dispnéia de Esforço
- Tosse c/ Catarro - Infecção Respiratória - Paralisia Cordas Vocais - Traqueostomia.

• METABÓLICO: Diabetes Mellitus - Perda de Peso - Porfíria - Gravidez - Tireoidite - Paratireoidite -
Glaucoma - Hiper-hipo-adrenal Pituitária

• NEUROMUSCULAR ESQUELÉTICO: Paralisias - Miastenias Gravis - Parkinsonismo - Xifoesciose -
Epilepsia - Doença Psiquiátrica - Distrofia Muscular - Esclerose Múltipla - Luxação Coluna Cervical.

• GASTROINTESTINAL: Hernia Diafragmática - Sangramento G.I - Cirrose - Hepatite - Icterícia.

• HEMATOLOGIA: História de Sangramento - Hemofilia - Anemias - Transfusões Anteriores.

• DROGAS: (Alergias - antecedentes - atuais) _____

• DUM: _____

EXAME FÍSICO: P.A.: _____ F.C.: _____

S.C.V.: _____

S.R.: _____

EXAMES LABORATORIAIS:

E.C.G.: _____

ECO: _____

Rx. Tórax: _____

Hemograma: _____

Ionograma: _____

Coagulograma: _____

CIRURGIAS ANTERIORES: SIM NÃO

Classificação de Goldman

Presença de B3 ou turgência jugular	11 pontos
I.A.M. nos 6 meses anteriores	10 pontos
Ritmo não sinusal (ES atriais, ESV)	07 pontos
Idade acima de 70 anos	05 pontos
Cirurgia de emergência	04 pontos
Estenose aórtica importante	03 pontos
PO2 maior que 60	03 pontos
PCO2 maior que 50	03 pontos
Potássio menor que 3	03 pontos
Bicarbonato de Sódio menor que 20	03 pontos
Uréia maior que 100	03 pontos
Creatinina maior que 3	03 pontos
TGO anormal	03 pontos
Hepatopatia crônica	03 pontos
Paciente acamado não cardíaco	03 pontos

Classificação da American Society of Anesthesiology (A.S.A.)

- I. Não portador de doenças sistêmica.
- II. Portador de doença sistêmica leve.
- III. Portador de doença grave como o câncer, mas sem complicação da função vital.
- IV. Portador de doença grave com comprometimento da função vital.
- V. Indivíduo moribundo.

De 0 a 5 pontos - Classe I / De 6 a 12 pontos - Classe II / De 13 a 25 pontos - Classe III / Acima de 25 pontos - Classe IV.

CONCLUSÕES:

Classificação de Goldman	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	
Classificação da A.S.A.	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> V
Comprometimento Cardíaco	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo, após estar ciente do quadro clínico que apresento, e das implicações do ato anestésico, a realização de anestesia (loco regional) - (geral) a ser administrada por profissional habilitado, e inclusive delego aos profissionais, poderes para tomar todas as decisões necessárias para o desempenho da anestesia.

Reitero as afirmações clínicas dadas ao profissional quando de minha avaliação, como fidedignas e sem omissões.

Anestesiologista

Paciente / Responsável

____/____/____
Data

DIGITADO POR:	DATA:
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL *	CBO *	CNES *	INE *	DATA *
_____	_____	_____	_____	____/____/____
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	
_____	_____	_____	_____	

Nº	TURNO *																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Nº PRONTUÁRIO	<table border="1"> <tr> <td></td><td>M</td><td>T</td><td>N</td><td>M</td><td>T</td><td>N</td><td>M</td><td>T</td><td>N</td><td>M</td><td>T</td><td>N</td><td>M</td><td>T</td><td>N</td><td>M</td><td>T</td><td>N</td><td>M</td><td>T</td><td>N</td><td>M</td><td>T</td><td>N</td> </tr> </table>														M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
CNS DO CIDADÃO	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Data de nascimento *	<table border="1"> <tr> <td></td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>														/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Sexo * (F) Feminino (M) Masculino	<table border="1"> <tr> <td></td><td>F</td><td>M</td><td>F</td><td>M</td><td>F</td><td>M</td><td>F</td><td>M</td><td>F</td><td>M</td><td>F</td><td>M</td><td>F</td><td>M</td><td>F</td><td>M</td><td>F</td><td>M</td><td>F</td><td>M</td><td>F</td><td>M</td><td>F</td><td>M</td> </tr> </table>														F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Local de atendimento * (ver legenda)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Paciente com necessidades especiais	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Gestante	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
* Tipo de atendimento	<table border="1"> <tr> <td>Consulta agendada</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Escuta inicial/Orientação</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Consulta no dia</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Atendimento de urgência</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													Consulta agendada																									Escuta inicial/Orientação																									Consulta no dia																									Atendimento de urgência																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
	Consulta agendada																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Escuta inicial/Orientação																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Consulta no dia																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Atendimento de urgência																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
** Tipo de consulta	<table border="1"> <tr> <td>Primeira consulta odontológica programática</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Consulta de retorno em odontologia</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Consulta de manutenção em odontologia</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													Primeira consulta odontológica programática																									Consulta de retorno em odontologia																									Consulta de manutenção em odontologia																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	Primeira consulta odontológica programática																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Consulta de retorno em odontologia																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Consulta de manutenção em odontologia																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
* Vigilância em Saúde Bucal	<table border="1"> <tr> <td>Abscesso dentoalveolar</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Alteração em tecidos moles</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Dor de dente</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Fendas ou fissuras labiopalatais</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Fluorose dentária moderada ou severa</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Traumatismo dentoalveolar</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Não identificado</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													Abscesso dentoalveolar																									Alteração em tecidos moles																									Dor de dente																									Fendas ou fissuras labiopalatais																									Fluorose dentária moderada ou severa																									Traumatismo dentoalveolar																									Não identificado																																																																																																																																																																																																																																
	Abscesso dentoalveolar																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Alteração em tecidos moles																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Dor de dente																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Fendas ou fissuras labiopalatais																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Fluorose dentária moderada ou severa																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Traumatismo dentoalveolar																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Não identificado																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
* Procedimentos (quantidade realizada)	<table border="1"> <tr> <td>Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Adaptação de prótese dentária</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Aplicação de carióstático (por dente)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Aplicação de selante (por dente)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Capeamento pulpar</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Cimentação de prótese dentária</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Curativo de demora C/ ou S/ preparo biomecânico</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Drenagem de abscesso</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Evidenciação de placa bacteriana</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Exodontia de dente decíduo</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Exodontia de dente permanente</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Instalação de prótese dentária</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Moldagem dentogengival p/ construção de prótese dentária</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Orientação de higiene bucal</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)																									Adaptação de prótese dentária																									Aplicação de carióstático (por dente)																									Aplicação de selante (por dente)																									Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)																									Capeamento pulpar																									Cimentação de prótese dentária																									Curativo de demora C/ ou S/ preparo biomecânico																									Drenagem de abscesso																									Evidenciação de placa bacteriana																									Exodontia de dente decíduo																									Exodontia de dente permanente																									Instalação de prótese dentária																									Moldagem dentogengival p/ construção de prótese dentária																									Orientação de higiene bucal																								
	Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Adaptação de prótese dentária																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Aplicação de carióstático (por dente)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Aplicação de selante (por dente)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Capeamento pulpar																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Cimentação de prótese dentária																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Curativo de demora C/ ou S/ preparo biomecânico																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Drenagem de abscesso																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Evidenciação de placa bacteriana																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Exodontia de dente decíduo																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	Exodontia de dente permanente																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Instalação de prótese dentária																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Moldagem dentogengival p/ construção de prótese dentária																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Orientação de higiene bucal																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Procedimentos (quantidade realizada)	Profilaxia/Remoção da placa bacteriana	<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"/>	
	Pulpoiotomia dentária	<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"/>	
	Radiografia periapical/interproximal	<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"/>	
	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	<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"/>	
	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	<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"/>	
	Restauração de dente decíduo	<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"/>	
	Restauração de dente permanente anterior	<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"/>	
	Restauração de dente permanente posterior	<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"/>	
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	<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"/>	
	Selamento provisório de cavidade dentária	<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"/>	
	Tratamento de alveolite	<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"/>	
	Ulotomia/ulectomia	<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"/>	
	Outros procedimentos (código do SIGTAP)	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	
Fornecimento	Escova dental	<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"/>	
	Creme dental	<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"/>	
	Fio dental	<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"/>	
Conduta/Desfecho *	Retorno para consulta agendada	<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"/>	
	Agendamento p/ outros profissionais AB	<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"/>	
	Agendamento p/ Nasf	<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"/>	
	Agendamento p/ grupos	<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"/>	
	Alta do episódio	<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"/>	
	Tratamento concluído	<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"/>	
	Encaminhamento	Atendimento a pacientes c/ necessidades especiais	<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"/>
		Cirurgia BMF	<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"/>
		Endodontia	<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"/>
		Estomatologia	<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"/>
		Implantodontia	<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"/>
		Odontopediatria	<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"/>
		Ortodontia/Ortopedia	<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"/>
		Periodontia	<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"/>
		Prótese dentária	<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"/>
Radiologia		<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"/>	
Outros	<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"/>		

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

* Campo obrigatório

** Este campo não é obrigatório caso o tipo de atendimento for de demanda espontânea

2/2

DATA	



Prefeitura Municipal de Catalão - Secretaria de Saúde
Centro de Atenção Psicossocial "José Evangelista da Rocha"

Nome Paciente: _____ Prontuário: _____

EVOLUÇÃO DE: _____

Lined area for writing the patient's evolution.



Blank lined area for patient evolution notes.

Dados Orientação	1 Local (instituição) de Origem / Encaminhamento	2 Data Atendimento	3 Tipo de Orientação (Pré-Teste) [1] Individual [3] Nenhuma [2] Coletiva [4] Individual e Coletiva
	4 Orientador(es)/Profissional	5 1ª Atendimento no CTA [1] Sim [2] Não	6 Vai Fazer Coleta [1] Sim [2] Não
	8 Nº Requisição Anterior (obrigatório p/ 2ª Amostra)	9 Teste Nominal [1] Sim [2] Não	10 Mostra Nome Etiqueta [1] Sim [2] Não

Dados do Usuário	11 Nº do Prontuário/Protocolo	12 Nome do Usuário ou Senha			
	13 Sexo [1] Masc. [2] Fem.	14 Gestante [1] Sim [2] Não	15 Idade Gestacional (Meses)	16 Data Nascimento	17 Estado Civil (Situação conjugal) [1] Casado/Amigado [3] Separado [2] Solteiro(a) [4] Viuvo [99] Não infor
	18 Raça/Cor [1] Branca [3] Amarela [5] Indígena [2] Preta [4] Parda [99] Ignorado	19 Escolaridade (anos estudos concluídos) [1] Nenhuma [3] De 4 a 7 [5] De 12 a mais [2] De 1 a 3 [4] De 8 a 11 [99] Ignorado	20 Ocupação		
	21 Número do Cartão SUS	22 Nome da mãe			

Autorizaçã p/ Contrato	23 Permite Contato * [1] Sim [2] Não	24 Tipo de Contato [1] Telefone [3] e-mail [5] Outros: [2] Correio [4] Visita Domiciliar
---------------------------	---	--

Assinatura do Usuário

* Caso não venha buscar o resultado, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações.

Dados de Residência	25 Logradouro (rua, avenida...)	26 Complemento (apto, casa ...)	27 Número
	28 Município	29 Bairro	30 UF
	31 CEP	32 (DDD) Telefone	33 Zona [1] Urbana [2] Rural

Dados Complementares

Dados de Requisição	35 Motivo da Procura [1] Exposição a situação de risco [10] Janela imunológica [2] Encaminhado por serviço de saúde [11] Suspeita de DST [3] Encaminhado por banco de sangue [12] Prevenção [4] Encaminhado por clínicas de recuperação [13] Exame pré-nupcial [5] Sintomas relacionados a AIDS [14] Testagem para hepatite [6] Admissão em emprego/Forças Armadas [15] Contato domicit. p/ hepatites [7] Conhecimento de status sorológico [16] Oficina em escola [8] Exame pré-natal [97] Outros: [9] Conferir resultado anterior [99] Não Informado	36 Origem da Clientela (como ficou sabendo do serviço) [1] Material de divulgação [7] ONG [2] Amigos/Usuários do serviço [8] Internet [3] Jomais/Rádio/Televisão [9] Campanha [4] Banco de sangue [10] Escola [5] Serviço/Profissional de Saúde [97] Outros: [6] Serviços de informação telef. [99] Não informado
	37 Encaminhamento Pré-Teste (até 3 opções) [1] Nenhum [6] Tratamento de DST [11] Realizar hepatite C [2] Repeti Exame/Inconclusivo [7] Orientações Gerais [12] Realizar hepatite D [3] Repeti Ex./Janela imunológica [8] Realizar ex. HIV [13] Realizar todos os Exames [4] Repeti Exame /2ª amostra [9] Realizar Ex. Sífilis [97] Outros [5] Assistência Psicossocial [10] Realizar hepatite B	38 Local Encaminhamento

Notas da orientação	39 Notas da Orientação Pré-Teste / Observações:
	Notas da Orientação Pós-Teste / Observações:

Continuação da Requisição - Página 2

Antecedentes Epidemiológicos

40) Procurou Banco de Sangue para se testar nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não	41) Apresentou DST nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não	42) Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou [1] Serviço de saúde [3] Auto-medicação [5] Não tratou [99] Não informado [2] Farmácia [4] Não lembra [98] Não se aplica
43) Usou Drogas nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não	44) Se Fez uso de drogas nos últimos 12 meses, Especifique Quais e Suas Frequências [1] Alcool [3] Cocaína Aspirada [5] Crack [7] Anfetaminas [2] Maconha [4] Cocaína Injetavel [6] Heroína [8] Outras	Legendas p/ frequência de uso de drogas: 1- Nunca usou 2- Já usou, mas não usa mais 3- Usa vez em quando 4- Usa frequentemente
45) Compartilhou Seringas/Agulhas nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não [3] Não lembra [98] Não se aplica [99] Não informado		
46) Tipo de Parcerias Sexuais e Quantidade (em números) nos últimos 12 meses [1] Homens [4] Travestis/Transexuais [99] Não informado [2] Mulheres [98] Não se aplica		
47) Tipo de Exposição (marque com X até 2 opções de resposta) [1] Relação Sexual [3] Compart. seingas/agulhas [5] Ocupacional (exp. mat. biologico) [7] Não relata risco Biolog. [99] Não informado [2] Transf. de sangue/hemod. [4] Hemofilia [6] Transmissão vertical [97] Outros		

Informações de Uso de Preservativos

48) Uso do Preservativo c/ Parceiro Fixo (atual) nos últimos 12 meses [1] Usou todas as vezes [4] Usou mais da metade das vezes [2] Não usou [98] Não se aplica [3] Usou menos da metade das vezes [99] Não informado	49) Uso do Preservativo na Última Relação com Parceiro Fixo [1] Sim [4] Sim, mas rompeu [2] Não [98] Não se aplica [3] Não lembra [99] Não informado
50) Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Fixo [1] Não gosta [6] Confiar no parceiro [11] Negociou não usar [17] Disfunção sexual [2] Não acredita na eficácia [7] Sob efeito de drogas/álcool [12] Não tinha informação [18] Violência sexual [3] Não sabe usar [8] Não consegue negociar [13] Não tem condições de comprar [19] Alergia ao Produto [4] Parceiro(a) não aceita [9] Achou que o outro não tinha HIV [14] Não deu tempo/tesão [97] Outros [5] Não dispunha no momento [10] Acha que não vai pegar [15] Desejo de ter filho [98] Não se aplica [99] Não informado	
51) Risco do Parceiro Fixo [1] Relações bissexuais [3] Usuário de drogas injetáveis [5] Soropositivo p/ HIV [7] Outros [99] Não informado [2] Transfusão de sangue/hemofílico [4] Uso de outras drogas [6] Tem ou teve DST [98] Não se aplica	
52) Uso do Preservativo c/ Parceiro(s) Eventual(is) nos últ. 12 meses [1] Usou todas as vezes [4] Usou mais da metade das vezes [2] Não usou [98] Não se aplica [3] Usou menos da metade das vezes [99] Não informado	53) Uso do Preservativo na Última Relação c/ Parceiro Eventual [1] Sim [4] Sim, mas rompeu [2] Não [98] Não se aplica [3] Não lembra [99] Não informado
54) Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Eventual [1] Não gosta [6] Confiar no parceiro [11] Negociou não usar [17] Disfunção sexual [2] Não acredita na eficácia [7] Sob efeito de drogas/álcool [12] Não tinha informação [18] Violência sexual [3] Não sabe usar [8] Não consegue negociar [13] Não tem condições de comprar [19] Alergia ao Produto [4] Parceiro(a) não aceita [9] Achou que o outro não tinha HIV [14] Não deu tempo/tesão [97] Outros [5] Não dispunha no momento [10] Acha que não vai pegar [15] Desejo de ter filho [98] Não se aplica [99] Não informado	

Recorte

55) Recorte Populacional (marque com X até 3 opções de resposta) [1] População em geral [4] Profissional do sexo [7] Usuário de outras drogas [12] Travesti/Transexual [2] População confinada [5] Homem que faz sexo com homem [8] Pessoa vivendo com HIV/aids [13] Pessoa em exclusão social [3] Caminhoneiro [6] Usuário de drogas injetáveis [9] Portador de DST [14] Portador Hepatite B/C/D [11] Profissional de saúde [15] Estudante [97] Outros:
--

Encaminhamentos Pós-Teste

56) Encaminhamento(s) Pós-Teste (até 3 opções) [1] Nenhum [7] Tratamento para hepatites [2] Repetir exame HIV/inconclusivo [8] Tratamento para HIV [3] Repetir/Janela imunológica [9] Repetir ex. Hepatite/incon. [4] Repetir exame/2ª amostra [10] Tratamento de Sífilis [5] Assistência psicossocial [11] Vacina Hepatite B [6] Tratamento de DST [97] Outros:	57) Local (is) de Encaminhamento (s) Pós-Teste	59) Materias / Preser. fornecidos:
	58) Orientador da Entrega	

Dados de Resultado

Resultado Laboratorial

60) Data da Entrega 	61) HIV : Tipo de Teste Realizado Triagem: [1] Elisa [2] Teste rápido Resultado Triagem [] Resultado Final []	62) Hepatite C Anti-HCV [] B HBsAg [] D Anti-HDV [] Anti-HBc total [] ANTI-HBs []	63) Sífilis VDRL [] Titulação: [] Doença Ativa [] Cicatriz Sorológ.
64) Especificar Outras Doenças e Seus Resultados		Legendas de Resultados: 1-Não Reagente 4-Ignorado 2-Reagente 5-Discordante 3-Indeterminado 6-Não realizado	

HISTÓRIA MÉDICA

NOME: _____

Está bem de Saúde? _____

No momento está sob médicos? _____

Em caso afirmativo, por que razão(ões)? _____

Nome do Médico: _____ Telefone: _____

Data do último exame médico: _____

Está tomando algum tipo de medicação (receitada ou não)? _____

Em caso afirmativo, dê o(s) nome(s) do(s) medicamento(s) e suas finalidade(s) _____

MARQUE COM UM "X" AS DOENÇAS QUE POSSA TER TIDO:

- | | | |
|---|--|---|
| Alcoolismo <input type="checkbox"/> | Diabetes <input type="checkbox"/> | Imunodeficiência <input type="checkbox"/> |
| Alergia <input type="checkbox"/> | Doença venérea <input type="checkbox"/> | Lesões da cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> |
| Alterações respiratórias <input type="checkbox"/> | Enxaqueca <input type="checkbox"/> | Pressão Sanguínea <input type="checkbox"/> |
| Anemia <input type="checkbox"/> | Epilepsia <input type="checkbox"/> | Problema cardíaco <input type="checkbox"/> |
| Asma <input type="checkbox"/> | Febre reumática <input type="checkbox"/> | Problema de fígado ou rim <input type="checkbox"/> |
| Câncer <input type="checkbox"/> | Glaucoma <input type="checkbox"/> | Sinusite <input type="checkbox"/> |
| Dependência de Drogas <input type="checkbox"/> | Hepatite <input type="checkbox"/> | Úlcera <input type="checkbox"/> |
| Desordem mental <input type="checkbox"/> | Herpes <input type="checkbox"/> | Outros <input type="checkbox"/> |

Alérgico a: _____

Explicação de "outros": _____

Usa marcapasso ou outro tipo de prótese? _____

Alguma vez teve problema de sangramento prolongado após cirurgia? _____

Algum vez teve reação incomum a anestésico ou medicamento (como a penicilina?) _____

Há alguma outra informação que se deva saber sobre sua saúde? _____

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Nome do Paciente:

Medicamento/Substância:

Dose por unidade posológica:

Quant.:

Médico:

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF GO R.S. S-U 05 N.º 708716

de de Data

PACIENTE:

ENDEREÇO:

ASSINATURA DO EMITENTE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome

Endereço

Identidade nº

Órgão Emissor

Telefone

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

UBS Dr. William Faiad
CNPJ: 03.532.661/0001-56
Av. Antonio de Paiva, nº167, Pontal Norte
Catalão-GO, CEP: 75708-450

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÉUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

CARIMBO DO FORNECEDOR

NOME DO VENDEDOR DATA

GN DIGITAL LTDA - Rua José Mathias da Silveira, 343 B. Nossa Senhora de Fátima - Insc. - CNPJ: 44.295.696/0001-04 - Catalão-GO - 40 bis. 50x1 de 05-708716 a 05-708715 - R. N. R. de 17/02/2022 - Aut. 00049530/2022

Nome do Paciente:

Medicamento/Substância:

Dose por unidade posológica:

Quant.:

Médico:

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF GO R.S. S-W 05N.º 448721

de de Data

PACIENTE:

ENDEREÇO:

ASSINATURA DO EMITENTE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome

Endereço

Identidade nº

Órgão Emissor

Telefone

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

CAPS
Centro de Atenção Psicossocial
José Evangelista da Rocha
CNPJ: 03.532.661/0001-56
Rua da Resistência, nº 563, Vila Teotônio Vilela
Catalão-GO - CEP: 75702-585

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÉUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

CARIMBO DO FORNECEDOR

NOME DO VENDEDOR DATA

GN DIGITAL LTDA - Rua José Mathias da Silveira, 343 B. Nossa Senhora de Fátima - Insc. - CNPJ: 44.295.696/0001-04 - Catalão-GO - 24 bis. 50x1 de 05-447721 a 05-448920 - R. N. R. de 03/11/2022 - Aut. 00055350/2022

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1º Via: Farmácia - Branca
2º Via: Paciente - Amarela

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 03.532.661/0001-56

Av. Farid Miguel Safatle, 525 - Centro - Catalão-GO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Identidade nº _____ Órgão Em. _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico _____

Data _____ / _____ / _____

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1º Via: Farmácia - Branca
2º Via: Paciente - Amarela

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 03.532.661/0001-56

Av. Farid Miguel Safatle, 525 - Centro - Catalão-GO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Identidade nº _____ Órgão Em. _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico _____

Data _____ / _____ / _____

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Catalão - Goiás

FORMULÁRIO DE RETIRADA DE CÓPIA DE PACIENTE

Solicito a retirada do prontuário do paciente: _____

_____, data de nascimento ____ / ____ / ____ ,

por motivos de: _____ ,

o mesmo deu entrada na UPA 24 h dia ____ / ____ / ____ .

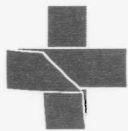
Telefone de contato do paciente: _____

/ A liberação acontecerá até 10 dias após a solicitação.

Catalão, _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente ou responsável legal
(por extenso)

Assinatura do Funcionário



SUS

SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE

MINISTÉRIO
DA
SAÚDE

SECRETARIA
DE ESTADO
DA SAÚDE

SECRETARIA
MUNICIPAL
DA SAÚDE
CATALÃO-GO

CÓDIGO DE CONSULTA:

FICHA DE ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA) E RETORNO (CONTRA-REFERÊNCIA)

1 - ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA) E PEDIDO DE PARECER

NOME: _____ N° DE REGISTRO: _____

IDADE: _____ SEXO: M () F () UNIDADE DE ORIGEM: _____

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

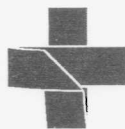
ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE: _____

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____

RESUMO HISTÓRICO DO PACIENTE E TRATAMENTO: _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
PELO ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA)



SUS

SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE

MINISTÉRIO
DA
SAÚDE

SECRETARIA
DE ESTADO
DA SAÚDE

SECRETARIA
MUNICIPAL
DA SAÚDE
CATALÃO-GO

CÓDIGO DE CONSULTA:

FICHA DE ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA) E RETORNO (CONTRA-REFERÊNCIA)

1 - ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA) E PEDIDO DE PARECER

NOME: _____ N° DE REGISTRO: _____

IDADE: _____ SEXO: M () F () UNIDADE DE ORIGEM: _____

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE: _____

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____

RESUMO HISTÓRICO DO PACIENTE E TRATAMENTO: _____

DATA: ____/____/____

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

UF CNES da Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Município Pronúário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS

Nome Completo da Mulher

Nome Completo da Mãe

Apelido da Mulher

Identidade Órgão Emissor UF CNPF (CPF)

Data de Nascimento / / Idade Ração/cor

Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Nacionalidade

Logradouro

Número Complemento

Bairro UF

Código do Município Município

CEP DDD Telefone

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE: Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?
 Sim. Quando fez o último exame? ano / /
 Não Não sabe

2. Usa DIU? Sim Não Não sabe

3. Está grávida? Sim Não Não sabe

4. Usa pílula anticoncepcional?
 Sim Não Não sabe

5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?
 Sim Não Não sabe

6. Já fez tratamento por radioterapia?
 Sim Não Não sabe

7. Data da última menstruação / regra:
 / / Não sabe / Não lembra

8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?
(não considerar a primeira relação sexual na vida)
 Sim Não / Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?
(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
 Sim Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

10. Inspeção do colo
 Normal Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente) Alterado Colo não visualizado

11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
 Sim Não

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe do paciente preenchidos

Data da coleta / / Coletor

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório

Número do Exame

Nome do Laboratório

Recebido em:

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

- Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
- Lâmina danificada ou ausente
- Causas alheias ao laboratório; especificar: _____
- Outras causas; especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL

- Satisfatória
- Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:
 - Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
 - Sangue em mais de 75% do esfregaço
 - Piócitos em mais de 75% do esfregaço
 - Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço
 - Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
 - Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
 - Outros

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

- DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, NO MATERIAL EXAMINADO
- ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS
 - Inflamação
 - Metaplasia escamosa imatura
 - Reparação
 - Atrofia com inflamação
 -ção
 - Outros; especificar: _____

MICROBIOLOGIA

- Lactobacillus* sp
- Cocos
- Sugestivo de *Chlamydia* sp
- Actinomyces* sp
- Candida* sp
- Trichomonas vaginalis*
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo *Herpes*
- Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de *Gardnerella/Mobiluncus*)
- Outros bacilos
- Outros; especificar: _____

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

- Escamosas:
 - Possivelmente não neoplásicas
 - Não se pode afastar lesão de alto grau
- Glandulares:
 - Possivelmente não neoplásicas
 - Não se pode afastar lesão de alto grau
- De origem indefinida:
 - Possivelmente não neoplásicas
 - Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- Carcinoma epidermóide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- Adenocarcinoma *in situ*
- Adenocarcinoma invasor:
 - Cervical
 - Endometrial
 - Sem outras especificações

- OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____
- PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: _____

Responsável pelo resultado

Data da liberação

CNPF (CPF)