

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE XANGRI-LÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Rua Rio Camisas, 636 – Centro – Xangri-Lá – CEP 95588-000
FONE: (51) 3889 0853 – WhatsApp (51) 99540 4419
e-mail: fiscal.sanitaria@xangri-la.rs.gov.br e fisc.xla@gmail.com

TERMO DE NOTIFICAÇÃO Nº 0278

NOME:

PONTO REFERÊNCIA:

ENDEREÇO:

CPF/CNPJ:

Prezado Senhor(a):

O Município de Xangri-Lá, através da Secretaria de Saúde, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei Municipal nº 170/1995 e demais legislações vigentes, no intuito de promover a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos e a proteção da saúde pública, **NOTIFICA** Vossa Senhoria para:

O NOTIFICADO DEVERÁ ENTRAR EM CONTATO A RESPEITO DO CUMPRIMENTO DA NOTIFICAÇÃO POR E-MAIL OU POR WHATSAPP (51) 99540-4419 OU PRESENCIALMETE NO SETOR DE FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA, CASO CONTRÁRIO PODERÁ SERÁ EMITIDO AUTO DE INFRAÇÃO.

XANGRI-LÁ, ____ de ____ de ____

NOTIFICADO

FISCAL



Estado do Rio Grande do Sul
Município de Xangri-Lá

LAUDO MÉDICO:



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
MUNICÍPIO: XANGRI-LÁ - RS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAME DE ALTO CUSTO


DADOS DO SERVIÇO / UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE	
IDENTIFICAÇÃO: SUS (X) PÚBLICO () CONTRATADA () CONVENIADA ()	
NOME DA UNIDADE SOLICITANTE:	CÓDIGO DO SIA/SUS: DATA: / /
MUNICÍPIO: XANGRI-LÁ	CEP: 95.588-000

DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE	
NOME (POR EXTENSO):	
ESPECIALIDADE:	ASSINATURA E CARIMBO:
Nº REG. DO CRM:	
CIC/CPF:	

DADOS DO PACIENTE			
NOME (COMPLETO EM LETRA DE FORMA):			
CIC/CPF DO PACIENTE (OBRIGATÓRIO):			
DATA DE NASCIMENTO: / /	IDADE: anos	SEXO: MASC. () FEM. ()	
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	UF: RS	CEP:	FONE:
MUNICÍPIO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO):			


JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
DADOS CLÍNICOS:	CID-10 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)
EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS: (ANEXAR OS RESULTADOS QUE AUXILIEM NA REALIZAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DO EXAME)	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	
EXAME SOLICITADO:	

ESTE LAUDO DE ALTO CUSTO DEVE SER PREENCHIDO, OBRIGATORIAMENTE, EM DUAS VIAS, COM DADOS COMPLETOS, ESPECIALMENTE CIC/CPF DO **PACIENTE** E DO **MÉDICO** SOLICITANTE. LAUDOS INCOMPLETOS **NÃO** SERÃO AUTORIZADOS.



**SAMU
192**

SAMU 192 - RS - BOLETIM DE ATENDIMENTO



Xangri-Lá
RS - BRASIL

CHAMADO	Nº											Data			Hora			min
	MÉDICO REGULADOR(A) Dr(*):																	
MOTIVO	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 - SOCORRO 2 - TRANSPORTE BASE SA SB IR NN </div>																	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>CLÍNICO</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 3 - RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> 4 - CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> 5 - NEUROLÓGICO <input type="checkbox"/> 6 - GASTRINTEST. </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 7 - OBSTÉTRICA <input type="checkbox"/> 8 - PSIQUIÁTRICA <input type="checkbox"/> 9 - INFECCIOSA <input type="checkbox"/> 10 - INTOXICAÇÃO EXÓG. </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 11 - METABÓLICA <input type="checkbox"/> 12 - PEDIÁTRICA <input type="checkbox"/> 13 - OUTRO: </div> </div> </div> <div style="width: 45%;"> <p>TRAUMÁTICO</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 14 - COLISÃO <input type="checkbox"/> 15 - ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> 16 - QUEDA <input type="checkbox"/> 17 - AGRESSÃO </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 18 - FAF <input type="checkbox"/> 19 - FAB <input type="checkbox"/> 20 - QUEIMADURA <input type="checkbox"/> 21 - OUTRO: </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 22 - AFOGAMENTO <input type="checkbox"/> 23 - ELETROPLESSÃO </div> </div> </div> </div>																	
PACIENTE	NOME COMPLETO: _____ <div style="float: right; text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 24 - MASC. IDADE <input type="checkbox"/> 25 - FEM. <input type="checkbox"/> 26 - ANOS </div>																	
	ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE (RUA, Nº, APTO, BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA)																	
EXAME PRIMÁRIO	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 25%;"> <p>VIAS AÉREAS</p> <input type="checkbox"/> 27 - OBSTRUÍDAS <input type="checkbox"/> 28 - PARC. OBSTR. <input type="checkbox"/> 29 - LIVRE </div> <div style="width: 25%;"> <p>RESPIRAÇÃO</p> <input type="checkbox"/> 30 - NORMAL <input type="checkbox"/> 31 - ALTERADA <input type="checkbox"/> 32 - AGÔNICA <input type="checkbox"/> 33 - APNÉIA </div> <div style="width: 25%;"> <p>CIRCULATÓRIO</p> <input type="checkbox"/> 34 - NORMAL <input type="checkbox"/> 35 - CHOQUE <input type="checkbox"/> 36 - SANGRAMENTO <input type="checkbox"/> 37 - PCR </div> <div style="width: 25%;"> <p>NEUROLÓGICO</p> <input type="checkbox"/> 38 - NORMAL <input type="checkbox"/> 39 - CONVULÇÃO <input type="checkbox"/> 40 - AGITAÇÃO </div> <div style="width: 25%;"> <p>EXPOSIÇÃO</p> <input type="checkbox"/> 41 - CONFUSÃO <input type="checkbox"/> 42 - COMA <input type="checkbox"/> 43 - SEM ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> 44 - QUEIMADURA <input type="checkbox"/> 45 - DEFORMIDADES </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> 46 - FRATURAS <input type="checkbox"/> 47 - FERIMENTOS </div> </div>																	
SINAIS VITAIS	HORA		P.A. mmHg	F.C. bpm	F.R. mrpm	Sat 02%	T.Axilar °C	HGT	Escala de Glasgow	ETR	ETP							
	INÍCIO																	
FIM																		
PROCEDIMENTOS EFETUADOS	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 48 - ADM. OXIGÊNIO <input type="checkbox"/> 49 - GUEDEL <input type="checkbox"/> 50 - ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> 51 - INTUBAÇÃO (OT, NT) <input type="checkbox"/> 52 - PUNÇÃO CRICOT </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 53 - RCP <input type="checkbox"/> 54 - PUNÇÃO TORÁXICA <input type="checkbox"/> 55 - DRENAGEM TORÁXICA <input type="checkbox"/> 56 - VEIA PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> 57 - INTRACATH </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 58 - INTRAÓSSEA <input type="checkbox"/> 59 - FLEBOTOMIA <input type="checkbox"/> 60 - PUNÇÃO PERICÁRDICA <input type="checkbox"/> 61 - Sonda GÁSTRICA <input type="checkbox"/> 62 - PUNÇÃO CRICOT </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 63 - DESFIBRILAÇÃO <input type="checkbox"/> 64 - OXIMETRIA <input type="checkbox"/> 65 - COLAR CERVICAL <input type="checkbox"/> 66 - IMOBILIZAÇÃO MEMBROS <input type="checkbox"/> 67 - CURATIVO </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 68 - KED <input type="checkbox"/> 69 - PRANCHA LONGA <input type="checkbox"/> 70 - <input type="checkbox"/> 71 - <input type="checkbox"/> 72 - </div> </div>																	
	AVALIAÇÃO MONITOR ECG.																	
	REPOSIÇÃO VOLÊMICA/MEDICAMENTOS																	
TRANSPORTE	TIPO		ORIGEM				DESTINO				CONTATO NO DESTINO							
	<input type="checkbox"/> 73 - SIMPLES <input type="checkbox"/> 74 - MEDICALIZADO		REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO				REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO											
INCIDENTE	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 75 - NORMAL <input type="checkbox"/> 76 - ALTERADA </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 77 - NORMAL <input type="checkbox"/> 78 - CHOQUE </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 79 - NORMAL <input type="checkbox"/> 80 - CONVULSÃO </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 81 - CONFUSÃO <input type="checkbox"/> 82 - COMA </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 83 - SEM ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> 84 - QUEIMADURA </div> </div>																	

OBSERVAÇÕES:

EQUIPE:

MÉDICO/CRM:

ENFERMAGEM/COREN:

CONDUTOR: