

ATESTADO DE VACINAÇÃO

Atestamos, para os devidos fins, que

está com seu calendário de vacinação atualizado, para todas as vacinas.

Veranópolis, ____/_____.

(carimbo e assinatura do responsável)

Secretaria Municipal da Saúde Av. Pinheiro Machado, 581 – Centro (54) 3441-1458

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE VERANÓPOLIS – RS

Carimbo do médico com CRM e assinatura:

1ª VIA: FARMÁCIA 2ª VIA: PACIENTE

ACIENTE:	
NDEREÇO:	
RESCRIÇÃO:	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome:	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOF
Nome:	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Assinatura do Farmacêutico

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA
UF 5.º CRS MUNICÍPIO: VERANÓPOLIS RS № 5857937	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE RUA PINHEIRO MACHADO, 581 95330-000 - VERANÓPOLIS - RS	QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA
DEDE	PACIENTE - NOME:	DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA POSOLOGIA
ASSINATURA DO EMITENTE E CARIMBO		POSOLOGIA
IDENTIFICAÇÃO DO CO	MPRADOR	
NOME:ENDEREÇO:		CARIMBO DO FORNECEDOR
IDENTIDADE N.º:ÓI	RGÃO EMISSOR:	OME DO VENDEDOR DATA

DUPLA ADULTO

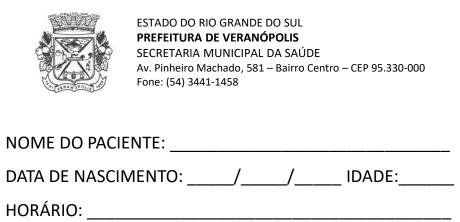
HEPATITE B

SAR/CAX/RUB

FEBRE AMARELA

	MANTENHA CADERNETA EM SEU PODER, JU DOCUMENTOS VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NAC
	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE VERANÓPOLIS - RS CADERNETA DE VACINAÇÃO
NOME:	
CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
ENDEREÇO:	

UNIDADE DE SAÚDE:



ASSINATURA DO PROFISSIONAL: ______

SaúdedaFamília

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA RENOVAÇÃO

Rua Carlos Heitor de Azevedo, 216 Veranópolis - RS

Data:/	/		
Horário:			
☐ Consulta	☐ Dentista		

^{*}Caso não possa comparecer, favor avisar pelo telefone: 3441-8341

^{*}Trazer documentos, cartão do SUS e cartão da família



ESF ARGEMIRO PAULO FRAINER

Rua Heriberto Pedro Ledur, 55 – Bairro Universal Veranópolis - RS

SaúdedaFamília

Data:/ Horário:			
☐ Consulta	\square Dentista	□	

^{*}Caso não possa comparecer, favor avisar pelo telefone: 3441-4127

^{*}Trazer documentos, Cartão do SUS e Cartão da família.



PREFEITURA DE VERANÓPOLIS

Secretaria Municipal da Saúde

CARTÃO DE AGENDAMENTO DE EXAME CITOPATOLÓGICO

Data:/_	/	Horário:
---------	---	----------

Preparo para a realização do exame:

- Não manter relações sexuais dois dias antes do exame;
- Gestantes podem realizar o exame após o terceiro mês de gravidez;
- Não realizar o exame menstruada (5 antes ou 5 dias após);
- Em caso de corrimento, realizar o tratamento previamente;
- Tomar banho completo antes do exame;
- Não usar duchas ou cremes vaginais 48h antes do exame;
- Trazer carteira de identidade, CPF, comprovante de residência e cartão SUS.

Qualquer dúvida, entrar em contato com sua Unidade de Saúde.



POSTO DE SAÚDE CENTRAL COMENDADOR ELIAS RUAS AMANTINO

Av. Pinheiro Machado, 581 – Bairro Centro Veranópolis - RS

Data:/	/		
Horário:			
☐ Consulta	☐ Dentista		

^{*}Caso não possa comparecer, favor avisar pelo telefone: 3441-1458

^{*}Trazer documentos, Cartão do SUS e comprovante de residência



Tel. 54 3441 7622 - Whatsapp 54 99953 0491 - Rua Dr. José Montaury, 894 - Centro Veranópolis/RS - administrativocaps@veranopolis.rs.gov.br



PROGRAMA SAÚDE DA MULHER



Nome:		
Código Farmácia:		

Anticoncepcional Desogestrel 0,75mcg

Validade Receita - até:

TOME SEU ANTICONCEPCIONAL REGULARMENTE PARA EVITAR UMA GRAVIDEZ INDESEJADA.



SECRETARIA DE SAÚDE

Farmácia Pública:

(54) 3441-7719 - (54) 3441-1458

sem interrupção e sem esp	erar a menstruação.
//	//
//	//////
//	/////
//	//
//	//

Orientações de uso: Quando terminar uma cartela, deve ser iniciada uma nova cartela no dia seguinte -

ANEXAR A RECEITA MÉDICA



Nome:

PROGRAMA SAÚDE DA MULHER



Código Farmácia:	
	iconcepcional ,035mg + Ciproterona 2,0 mg

Validade Receita - até: ______

TOME SEU ANTICONCEPCIONAL REGULARMENTE PARA EVITAR UMA GRAVIDEZ INDESEJADA.



SECRETARIA DE SAÚDE

Farmácia Pública:

(54) 3441-7719 - (54) 3441-1458

dentemente de ter cessado ou não o sangramento.				
///	///			
//	//////			
//	/////			
//	/////			
//	//			

Orientações de uso: Quando terminar uma cartela, dê pausa de 7 dias. Inicie nova cartela no 8º, dia, indepen-

ANEXAR A RECEITA MÉDICA

- 1. Respeite as datas de retirada;
- 2. Observe a validade da receita médica;
- 3. Pacientes que retiram INSULINAS devem obrigatoriamente trazer consigo a bolsa térmica para armazenamento e retirada da medicação;
- 4. Mantenha seu cadastro atualizado na farmácia, com endereço e telefone corretos.

Telefones para contato:

- Farmácia Central / Posto de Saúde Central: (54) 3441.1458 ou 99660.6011
- CAPS: (54) 3441.7622
- ESF Medianeira: (54) 3441.6797
- ESF Renovação: (54) 3441.8341
- ESF Santo Antônio: (54) 3441.8178
- ESF São Francisco: (54) 3441.4491
- ESF Universal: (54) 3441.4127



Secretaria da Saúde de Veranópolis



MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO

Nome:
Nº Cadastro GMUS:
Médico(a):
Validade Receita 06 meses / Renovar para:/
Validade Receita 12 meses / Renovar para:/
Farmácia / ESF:

MEDICAME 12 ME	NTOS PARA	MEDICAME	NTOS PARA
Entregue em	Próxima RETIRADA	Entregue em	Próxima RETIRADA
	/		/
	/		/
	/		/
	/		/
	/		/
	/		/

GRAMPEI AQUI A RECEITA MÉDICA



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL PREFEITURA DE VERANÓPOLIS SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Av. Pinheiro Machado, 581 – Bairro Centro – CEP 95.330-000

Fone: (54) 3441-1458

MEDICAÇÃO	DOSES	HORÁRIO	PREFEITURA DE VERANÓPOLIS SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
			FICHA DE CONTROLE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
			NOME:
			UNIDADE DE SAÚDE:

DATA	HORA	TA	HGT	OBS	DATA	HORA	TA	HGT	OBS



PREFEITURA DE VERANÓPOLIS SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE SUS/RS

1.	Nº de Registro	
		_

ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA

2. Nome:	Nome: 3. Sexo:		
4. Endereço:			
	nto://6. Lugar de Nascimento:		
	10. Telefone:		
	12. Nome do pai:		
13. IMUNIZAÇÃO			
DATA	14. CONSULTAS – VISITAS – EXAMES DE LABORATÓRIO – PRESCRIÇÕES	ASSIST.	
		1	

DATA	14. CONSULTAS – VISITAS – EXAMES DE LABORATÓRIO – PRESCRIÇÕES	ASSIST.
DATA	14. CONSOLIAS VISITAS EXAMES DE LABORATORIO I RESCRIÇÕES	A33131.



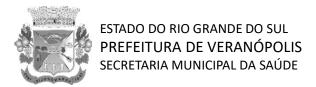
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL PREFEITURA DE VERANÓPOLIS SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO



Secretaria Municipal da Saúde

Av. Pinheiro Machado, 581 – Centro – Veranópolis / RS – Fone: (54) 3441-1458



SOLICITAÇÃO DE RETORNO

O paciente			
deve retornar em _			
() com exames	() sem exames	
		Veranópolis,/	_/

Assinatura e Carimbo do Profissional

APRESENTAR ESTE PAPEL NA RECEPÇÃO PARA REALIZAR O AGENDAMENTO

Secretaria Municipal da Saúde

Av. Pinheiro Machado, 581 – Centro – Veranópolis / RS – Fone: (54) 3441-1458



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para participação no **Projeto Saúde na Escola**, com ênfase em Saúde Bucal, a ser realizado na Escola do seu filho, pela equipe de saúde bucal da Secretaria Municipal da Saúde.

As ações de saúde na escola têm como objetivo incentivar o hábito da escovação dentária diária com dentifrício fluoretado, além de incentivar hábitos alimentares saudáveis. A promoção de estilo de vida saudável é certeza de saúde, agora e no futuro.

Durante a participação no Programa, seu filho receberá orientações de profissionais da saúde e será examinado por um dentista, podendo receber aplicações de flúor, se necessário. Após exame, os responsáveis das crianças com necessidade de tratamento, receberão orientação para que procurem um serviço odontológico do município.

Para seu filho participar das atividades é necessário que você preencha e assine a autorização abaixo.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do Aluno:		
Idade:	Data de Nascimento:/	
N° do cartão SUS:		
Assinatura do responsável:		