



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

PREFEITURA DE VERANÓPOLIS

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

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

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

RG: _____ Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data ____/____/____

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF
RS5.º CRS
MUNICÍPIO: VERANÓPOLIS

Nº 5857937

B

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SECRETARIA MUNICIPAL
DA SAÚDERUA PINHEIRO MACHADO, 581
95330-000 - VERANÓPOLIS - RS

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

____ DE ____ DE ____

PACIENTE - NOME: _____

ENDEREÇO: _____

ASSINATURA DO EMITENTE E CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

IDENTIDADE N.º: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

NOME DO VENDEDOR

/ /
DATA

DUPLA ADULTO	HEPATITE B	SAR/CAX/RUB	FEBRE AMARELA
Lote: _____ Labor: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor: _____ P.S.: _____ Ass.: _____
DUPLA ADULTO	HEPATITE B		
Lote: _____ Labor: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor: _____ P.S.: _____ Ass.: _____
Lote: _____ Labor: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor: _____ P.S.: _____ Ass.: _____

MANTENHA CADERNETA EM SEU PODER, JUNTO COM SEUS DOCUMENTOS
VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE VERANÓPOLIS - RS CADERNETA DE VACINAÇÃO	
NOME:	
CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
ENDEREÇO:	
UNIDADE DE SAÚDE:	



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

NOME DO PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: ____

HORÁRIO: _____

DATA: _____

ASSINATURA DO PROFISSIONAL: _____



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



Saúde da Família

ESF ARGEMIRO PAULO FRAINER

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

Data: ____ / ____ / ____

Horário: _____

☐ Consulta ☐ 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.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

EXAME DE RADIOGRAFIA

Local: CVD – Hospital

Data: ____/____/____

Hora: _____

Radiografia de:

Assinatura e carimbo: _____



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

CAPS

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



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



Assistência
Farmacêutica

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

Orientações de uso: Quando terminar uma cartela, deve ser iniciada uma nova cartela no dia seguinte - sem interrupção e sem esperar a menstruação.

____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____

ANEXAR
A RECEITA
MÉDICA



PROGRAMA SAÚDE DA MULHER



Assistência
Farmacêutica

Nome: _____

Código Farmácia: _____

Anticoncepcional **Etinilestradiol 0,035mg + 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

Orientações de uso: Quando terminar uma cartela, dê pausa de 7 dias. Inicie nova cartela no 8º. dia, independentemente de ter cessado ou não o sangramento.

____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____

ANEXAR
A RECEITA
MÉDICA

Lembretes:

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

Assistência
Farmacêutica

MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO

Nome: _____

Nº Cadastro GMUS: _____

Médico(a): _____

Validade Receita **06 meses** / Renovar para: ____/____

Validade Receita **12 meses** / Renovar para: ____/____

Farmácia / ESF: _____

MEDICAMENTOS PARA 12 MESES		MEDICAMENTOS PARA 06 MESES	
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

[illegible]



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

RECEITUÁRIO

Assinatura

Secretaria Municipal da Saúde

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



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

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



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

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: ____/____/____

Nº do cartão SUS: _____

Assinatura do responsável: _____