

REQUISIÇÃO DE EXAMES

UNIDADE:

NOME

Nº REGISTRO:

IDADE

SEXO

CLÍNICA

ENFERMARIA

LEITO

DADOS CLÍNICOS:

EXAMES SOLICITADOS

RECOMENDAÇÕES ESPECIAIS PARA O EXAME

____/____/____
DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

UNIDADE DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO POLO CAPARAÓ

SAÚDE»FÁCIL



Av. Agenor Luíz Thomé, s/n - Centro - Guaçuí/ES
CNPJ: 02.722.566/0002-33

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: _____	

CRM _____	UF _____ Nº _____
Endereço Completo e Telefone: _____	

Cidade: _____	UF: _____

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

Carimbo e Assinatura do Médico

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data ____/____/____

Identificação do Comprador	
Nome: _____	

R.C. _____	Órg. Emissor: _____
Endereço: _____	

Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

Identificação do Fornecedor	

Assinatura do Farmacêutico	

Data: ____/____/20____	



**CONSÓRCIO
PÚBLICO**
REGIÃO POLO SUL

SAÚDE  **FÁCIL**

Unidade de Atendimento Especializado Polo Caparaó

PACIENTE: _____

NOME: _____

IDADE: _____

NÚMERO: _____

Av. Agenor Luiz Thomé, S/N - Centro
Guaçuí - Espírito Santo - CEP 29560-0000
TEL.: 28 3553-1670



SAÚDE FACIL

ATESTADO MÉDICO

Nome do Paciente: _____

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE _____

NECESSITA DE (_____) _____ DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO A PARTIR DESTA DATA.

UNIDADE DE SAÚDE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES NO ART. 27 DA CLPS,
APROVADO PELO DECRETO Nº 89.312 DE 23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA
JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DE TRABALHO.



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE _____ 4 - Nº DO PRONTUÁRIO _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 6 - DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ 7 - SEXO Masc. Fem. 8 - RAÇA/COR _____

9 - NOME DA MÃE _____ 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ DDD _____

11 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ DDD _____

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____ 16 - UF _____ 17 - CEP _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____	NOME DO PROCEDIMENTO _____	QTDE _____
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____	NOME DO PROCEDIMENTO _____	QTDE _____
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____	NOME DO PROCEDIMENTO _____	QTDE _____

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO _____ CID 10 PRINCIPAL _____ CID 10 SECUNDÁRIO _____ CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO _____

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS _____

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO _____

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ DATA DA SOLICITAÇÃO ____/____/____ ASSINATURA E CARIMBO _____

DOCUMENTO _____ NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) _____

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ COD ORGÃO EMISSOR _____ NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____

DOCUMENTO _____ NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) _____

() CNS () CPF

DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ ASSINATURA E CARIMBO _____ PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____ a _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ CNES _____

