

INTERDITO VIGILÂNCIA SANITÁRIA



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE



ÓRGÃO AUTUANTE

GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

AUTUADO

NOME DA PESSOA FÍSICA OU JURÍDICA

CNPJ/CPF Nº

DENOMINAÇÃO COMERCIAL - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO

ENDEREÇO COMPLETO (LOGRADOURO, RUA, AVENIDA, PRAÇA, Nº, BAIRRO, TELEFONE)

JOINVILLE

PROPRIETÁRIO E/OU RESPONSÁVEL

NEGÓCIO OU ATIVIDADE

Nº DO ALVARÁ

ENQUADRAMENTO LEGAL

Nº AUTO DE INFRAÇÃO

DESCRIÇÃO DAS IRREGULARIDADES E DAS EXIGÊNCIAS/OUTRAS INFORMAÇÕES

SANAR AS IRREGULARIDADES E/OU CUMPRIR AS EXIGÊNCIAS ACIMA DESCRITAS NOS SEGUINTE PRAZOS:

Estou ciente que o não cumprimento das exigências contidas neste Auto ensejará a aplicação das sanções previstas na Lei Complementar Municipal 07 de 29 de Dezembro de 1993, sem prejuízo de outras medidas legais e regulamentares. Estou ciente também que poderei solicitar prorrogação do prazo estabelecido aqui, uma única vez, justificadamente por escrito, à autoridade autuante, até 24 horas antes de terminar o referido prazo.

RESPONSÁVEL

NOME LEGÍVEL

TESTEMUNHA (EM CASO DE RECUSA DO RESPONSÁVEL)

1º NOME LEGÍVEL

ASSINATURA

2º NOME LEGÍVEL

ASSINATURA

LOCAL

HORA

AUTORIDADE SANITÁRIA

NOME LEGÍVEL

FUNÇÃO OU CARGO

ASSINATURA



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE





Protocolo

Repartição de origem

Interessado (s)

Endereço

Rua	Fone
Cidade	
Estado	

Assunto

Observações

VACINAS	CAMPANHAS	DT	OUTROS
DOSE: DATA LABORATÓRIO LOTE C.S VACINADOR			
DOSE: DATA LABORATÓRIO LOTE C.S VACINADOR			
DOSE: DATA LABORATÓRIO LOTE C.S VACINADOR			
DOSE: DATA LABORATÓRIO LOTE C.S VACINADOR			
DOSE: DATA LABORATÓRIO LOTE C.S VACINADOR			

CADERNETA DE VACINAÇÃO	
NOME	
DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE
ENDEREÇO	
FILIAÇÃO	PAI
	MÃE



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE



VACINAS	BCG	CONTRA HEPATITE B	PENTAVALENTE	CONTRA POLIOMIELITE	CONTRA ROTAVIRUS
DOSE: DATA LABORATÓRIO LOTE C.S VACINADOR					
DOSE: DATA LABORATÓRIO LOTE C.S VACINADOR	MENINGITE C				
DOSE: DATA LABORATÓRIO LOTE C.S VACINADOR					
DOSE: DATA LABORATÓRIO LOTE C.S VACINADOR					
DOSE: DATA LABORATÓRIO LOTE C.S VACINADOR					

TRÍPLICE BACTERIANA (DPT)	TRÍPLICE VIRAL	TETRAVIRAL VIRAL	FEBRE AMARELA	PNM 10
		VARICELA		
				HEPATITE A

ESTAR COM A BEXIGA CHEIA
USO DE BEBIDA ALCOÓLICA
CIGARROS
PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA
USO DE SAL
USO DE AÇÚCAR

PREVENIR É O MELHOR REMÉDIO

**UNIDADE DE SAÚDE:_____**

CADASTRO OLOSTECH: _____

NOME: _____

DN: ____/____/____

ÁREA: _____

MICRO ÁREA: _____

ACS: _____



SAÚDE



- **Hipertensão Arterial (HAS)**
Estágio: _____ Risco/LOA: _____
- **Diabetes Mellitus (DM)**
Tipo: _____
- **Score Framingham** _____
- **Frequência de Aferição da PA:** _____

Controle da DM

[illegible]

Intervalo de Consultas/ Aferição (usar quadro acima*)

ACOMPANHAMENTO/CONSULTAS

[illegible][illegible][illegible]

CARTÃO DA GESTANTE



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE





100
95
75
25
5
0

This image shows a single page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

MATERIDADE DE REFERÊNCIA: DARCÝ VARGAS

DN: / /

Central de Atendimento a Mulher (Violência contra a Mulher) 180

[illegible]

ORIENTAÇÕES AS GESTANTES

Trazer este cartão da gestante à toda consulta ou quando internar.

Procurar Serviço de Saúde quando:

- 1- Perder sangue pela vagina.
- 2 - Perder água (romper a bolsa d'água).
- 3 - Pararem os movimentos do bebê por 12 horas.
- 4 - Ter cólicas (contrações) no baixo ventre a cada 15 minutos, antes da 37ª semana de gestação.
- 5- Inchaço no rosto, braços, mãos e pernas.
- 6- Ter dor de cabeça, tonturas e alterações visuais persistentes.
- 7- Sempre que precisar por motivo de emergência e urgência médica.

Usar medicamentos somente indicados pelo medico ou pela equipe de profissionais das Unidades de Saúde.

O uso de tabaco (fumo), álcool e outras drogas pode gerar anomalias fetais, aumenta o risco de abortamento e parto prematuro.

Voltar a Unidade de Saúde para a consulta do pós parto com enfermeiro (7 a 15 dias) e com médico (30 a 40 dias).

O leite materno é o melhor alimento para seu filho. Amamente até dois anos ou mais.

REGISTRO DE INTECORRÊNCIAS: INTERNAÇÕES, DOENÇAS, ACIDENTES E OUTROS

[illegible]

REGISTRO DE TRATAMENTO DE SÍFILIS NA GESTANTE

Data do exame: ____/____/____

Controle de cura:

Data: ____/____/____

Exame:

() TR/ Sífilis

() VDRL -- Titulação: _____

() FTaBs _____

() Outro _____

Controle de cura:

Data: ____/____/____

() VDRL -- Titulação: _____

() Tratamento da Gestante com sífilis

Data de início: ____/____/____

Penicilina Benzatina
- 1.200 -
Intervalo de 7 dias

1ª dose - 2.400 - IM - 1.200 em cada nádega

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

2ª dose - 2.400 - IM - 1.200 em cada nádega

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

3ª dose - 2.400 - IM - 1.200 em cada nádega

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

() Outro tratamento ou dessensibilização () Outro _____

Data de início: ____/____/____

REGISTRO DE TRATAMENTO DE SÍFILIS NO PARCEIRO DA GESTANTE

Data do exame: ____/____/____

Controle de cura:

Data: ____/____/____

Exame:

() TR/ Sífilis

() VDRL -- Titulação: _____

() FTaBs _____

() Outro _____

Controle de cura:

Data: ____/____/____

() VDRL -- Titulação: _____

() Tratamento da Gestante com sífilis

Data de início: ____/____/____

Penicilina Benzatina
- 1.200 -
Intervalo de 7 dias

1ª dose - 2.400 - IM - 1.200 em cada nádega

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

2ª dose - 2.400 - IM - 1.200 em cada nádega

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

3ª dose - 2.400 - IM - 1.200 em cada nádega

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

() Tratamento Parceiro Não Reagente

Data: ____/____/____

Penicilina Benzatina - 1.200 - Dose única
2.400 - IM - 1.200 em cada nádega

Assinatura: _____

() Outro tratamento:

ANTECEDENTES PESSOAIS:

DIABETES

NÃO SIM

☐ ☐

HIPERTENSÃO

☐ ☐

PRÉ-ECLÂMPSIA

☐ ☐

ECLÂMPSIA

☐ ☐

CARDIOPATIA

☐ ☐

TROMBOEMBOLISMO

☐ ☐

DOENÇA MENTAL

☐ ☐

TRABALHO DE PARTO PREMATURO

☐ ☐

INFECÇÃO URINÁRIA

☐ ☐

CARDIOPATIA

☐ ☐

DIABETES GESTACIONAL

Se, sim: insulina ☐

NÃO SIM

☐ ☐

HEMORRAGIA

☐ ☐

PÓS-DATISMO

☐ ☐

ÁLCOOL

☐ ☐

CIGARROS

☐ ☐

DROGAS

☐ ☐

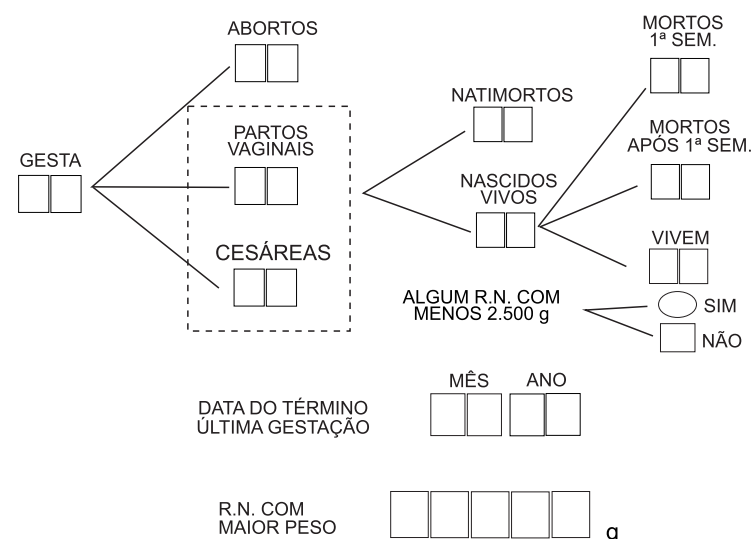
IMC

☐ ☐

OUTROS - QUAL

☐ ☐

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:



EXAMES PRÉ NATAL DE RISCO HABITUAL

Exames laboratoriais	1º Trimestre DATA: __/__/__	2º Trimestre DATA: __/__/__	3º Trimestre DATA: __/__/__
Tipagem sanguínea e fator Rh			
Coombs indireto(1) (se for Rh negativo)			
Hemograma	Ht ____ Hb ____	Ht ____ Hb ____	Ht ____ Hb ____
Glicemia de jejum			
TTOG 75gr (Curva glicêmica)		Jejum - 1hs - 2hs -	
Toxoplasmose(1) (Repetir no 2º e 3º trimestre se susceptível)	IgM ____ IgG ____	IgM ____ IgG ____	IgM ____ IgG ____
VDRL(1) (Se história prévia Sífilis ou TR reagente)			
Urinalise			
Urocultura/antibiograma (1º e 3º trimestre)			
Eletroforese de HB			
Outros (1)			
Teste Rápido (2)	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__
* Sífilis			
HIV			
Hepatite B			
Hepatite C			

* Registrar tratamento na página 12

VACINAS

ANTITETÂNICA	HEPATITE B	GRIPE
1ª __/__/__	1ª __/__/__	__/__/__
2ª __/__/__	2ª __/__/__	Dtap
3ª __/__/__	3ª __/__/__	__/__/__
Ref __/__/__		

SUPLEMENTAÇÃO

	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Sulfato Ferroso			
Ácido Fólico			

PAPANICOLAU

Normal

☐ Sim ☐ Não

MAMAS

Exame Clínico
Normal

☐ Sim ☐ Não

ODONTOLOGIA

Data Início: __/__/__

Data Término: __/__/__

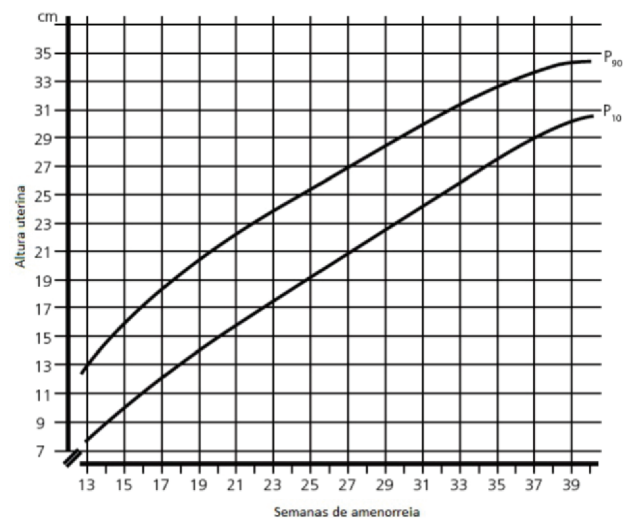
Obs: _____

CONSULTAS

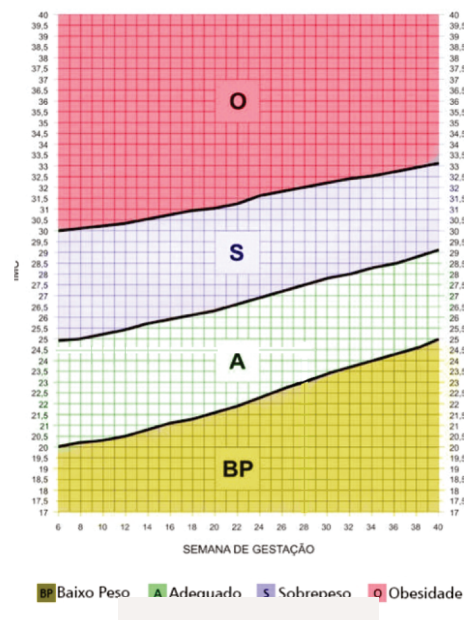
Risco Gestacional (RG): SIM (S) - NÃO (N)

[illegible]

Curva Altura Uterina/Idade Gestacional



Índice de massa corporal segunda semana de gestação



USG OBSTÉTRICA

11ª à 14ª semana Translucência Nucal :

Data	I.G.	D.P.P.	Peso Fetal	Líquido amniótico	Outros
__/__/__		__/__/__			
__/__/__		__/__/__			
__/__/__		__/__/__			

USG Morfológico:

PRÉ-NATAL DO HOMEM

DATA: __/__/__

VDRL: () Reagente () Não Reagente

Titulação: ____/____

*Sífilis TR: () Reagente () Não Reagente

HIV TR1 () Reagente () Não Reagente

HIV

HIV TR2/Confirmatório () Reagente () Não Reagente

Hepatite B - TR () Reagente () Não Reagente

Hepatite C - TR () Reagente () Não Reagente

Outros _____

* Registrar tratamento na página 12

INFLUENZA (GRIPE)	INFLUENZA (GRIPE)	INFLUENZA (GRIPE)
Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:
Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:
Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:

OUTRAS VACINAS	OUTRAS VACINAS	OUTRAS VACINAS
Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:
Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:
Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE



CARTÃO DE VACINAÇÃO ADULTO

NOME

NOME MÃE

CNS

DATA NASCIMENTO

ENDEREÇO

CIDADE

UF

TELEFONE

TÉTANO/DIFTERIA (dT)	HEPATITE B	V.T.V
Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:	Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:	Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:
Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:	Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:	Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:
Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:	Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:	Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:

FEBRE AMARELA	OUTRAS VACINAS	OUTRAS VACINAS
Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:	Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:	Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:
Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:	Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:	Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:
Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:	Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:	Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:

INFLUENZA (GRIPE)	INFLUENZA (GRIPE)	INFLUENZA (GRIPE)
Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:	Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:	Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:
Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:	Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:	Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:
Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:	Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:	Dose: Data: __/__/__ Lab.: Lote: U.S.: Vacinator:

OUTRAS VACINAS	OUTRAS VACINAS	OUTRAS VACINAS
Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:
Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:
Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:

CARIMBO E ASSINATURA DO AVALIADOR RESPONSÁVEL

OBSERVAÇÕES:



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE



CARTÃO DE VACINAÇÃO PARA VACINAS ESPECIAIS

NOME		
Nº CERTIDÃO DE NASCIMENTO/ RG Nº ORGÃO EMISSOR		DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO		
Nº		
BAIRRO	CIDADE	UF
TELEFONE / CELULAR		UNIDADE DE SAÚDE

TÉTANO/DIFTERIA (dT)	HEPATITE B	FEBRE AMARELA
Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:
Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:
Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:

CONTA GRIPE	CONTA GRIPE	CONTA GRIPE
Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:
Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:
Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:

CONTA GRIPE	OUTRAS VACINAS	OUTRAS VACINAS
Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:
Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:
Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: ____/____/____ Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:

COMUNICADO INTERNO

DE _____

PARA _____

ASSUNTO _____

DATA _____

PARA CONHECIMENTO

NOME	RÚBRICA	DATA

ROUPARIA

Gerência da Unidade Administrativa e Financeira
Serviço Administrativo de Materiais Ambulatoriais



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE



UNIDADE DE SAÚDE: _____

ROUPA LIMPA

Camisolas: _____

Compressas: _____

Fenestrado: _____

Jalecos: _____

Lençóis: _____

P. Balança: _____

Toalhas: _____

Outros: _____

Data:

____ / ____ / ____

Retirada por:

ROUPA LIMPA

Camisolas: _____

Compressas: _____

Fenestrado: _____

Jalecos: _____

Lençóis: _____

P. Balança: _____

Toalhas: _____

Outros: _____

Data:

____ / ____ / ____

Retirada por:



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE

Secretaria da Saúde

Rua Dr. João Colin, 2719 - Santo Antônio - 89218-035 - Joinville - SC

Fone: (47) 3481-5100 - www.joinville.sc.gov.br



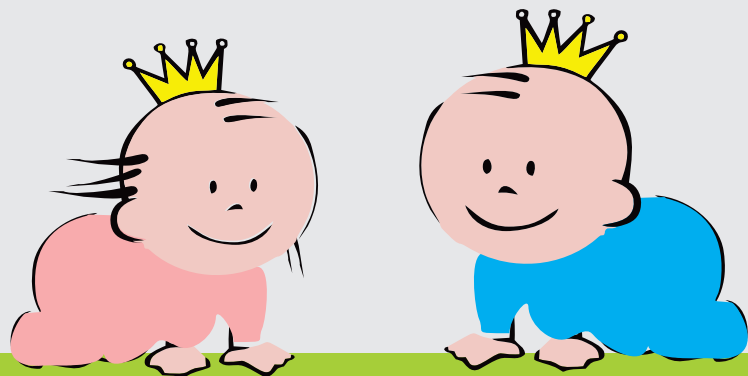
Prefeitura de
Joinville

SAÚDE

Secretaria da Saúde

Rua Dr. João Colin, 2719 - Santo Antônio - 89218-035 - Joinville - SC

Fone: (47) 3481-5100 - www.joinville.sc.gov.br



PROGRAMA PEQUENO PRÍNCIPE

10 PASSOS PARA A PROMOÇÃO E PROTEÇÃO À
SAÚDE DOS MENINOS E MENINAS DE 0 A 10 ANOS.

Eu me chamo _____

sou cidadão (ã) do município de Joinville, nascido (a) às _____ horas do dia _____ de _____, na maternidade _____

Sou filho (a) de _____ e _____

Meu peso _____ Minha altura _____ Número de declaração de nascimento _____ Cartório _____



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE

- ☐ **Endoscopia Digestiva**
- ☐ **Fibrobroncoscopia**
- ☐ **Colonoscopia**
- ☐ **Retossigmoidoscopia**



ELETROCARDIOGRAMA



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE



DIAGNÓSTICO ELETROCARDIOGRÁFICO

SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

☐ **ULTRASSONOGRAFIA**

☐ **ECOCARDIOGRAMA**

☐ **ECOCOLORDOPPLER**



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE



PLANOTERAPÉUTICO

ق

SIGLA PROTOCOLLO:

Nº DE CICLOS:

INTERVAL:

MEDICAÇÃO

DATA

MEDICAÇÃO

DATA 

MEDICAÇÃO

DATA

MEDICAÇÃO

DATA →

MEDICAÇÃO

DATA

MEDICAÇÃO

DATA

MEDICAÇÃO

DATA →

MEDICAÇÃO

DATA 

MEDICAÇÃO

DATA

FILGRASTIMA

DATA

ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

OBSERVAÇÕES

[illegible]

PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

TELEFONE: (____) _____ - _____

CELULAR: (____) _____ - _____

PROCEDÊNCIA: _____

MÉDICO: _____

REAÇÕES ALÉRGICAS CONHECIDAS:

- **Queda de Cabelo:** pode ser total ou parcial e leva geralmente entre 15 e 21 dias para acontecer, após o início da quimioterapia. O efeito é temporário e reversível, voltando a crescer após o término do tratamento.
- **Feridas na boca:** mantenha a boca sempre limpa, principalmente após as refeições. Utilize escova de dente com cerdas macias. Realize bochechos com água bicarbonatada (1 colher de sopa de bicarbonato em 1 copo de água de 300 ml). Evite alimentos ácidos, condimentados, de consistência dura e sementes.
- **Enjoo e vômitos:** tome os remédios contra enjoo e vômito prescritos pelo seu médico. Se alimente várias vezes ao dia, em pequenas porções. Dê preferência a alimentos frios ou em temperatura ambiente (sorvetes, frutas e gelatinas). Evite carnes, alimentos gordurosos, alimentos condimentados e quentes.
- **Prisão de ventre:** opte por alimentos ricos em fibras, como laranja, mamão, ameixa, vegetais e cereais integrais. Beba mais líquidos e realize exercícios leves como a caminhada.
- **Diarreia:** opte por alimentos sem gordura e sem condimentos, como arroz, batata, cenoura, banana, frango, maçã e torradas. Beba pelo menos 2 litros de água por dia. Se a diarreia persistir por mais de 2 dias ou se apresentar febre, procure o serviço de oncologia ou o pronto socorro mais próximo.
- **Gravidez:** durante o tratamento deverá ser evitada, pois os remédios podem causar malformações no feto.
- **Relação sexual:** pode ser mantida durante todo o tratamento, desde que sempre seja utilizado preservativo.
- **Procure o Ambulatório de Oncologia ou Pronto Socorro** em caso de: febre igual ou maior que 37,8°C, pontos ou manchas avermelhadas na pele, sangramentos, dor persistente, falta de ar, vômitos persistentes ou reações alérgicas.

Quimioterapia (47) 3441-6605, das 7h às 19h (diariamente)
Recepção (47) 3441-6650 ou 3441-6505, das 7h às 19h (segunda a sexta)
Farmácia (47) 3441-8117, das 8h às 12h e das 13h30 às 17h30 (segunda a sexta)

CARTÃO DE CONSULTA

ONCOLOGIA

PACIENTE

CNS

DATA NASCIMENTO

PRONTUÁRIO

ATENÇÃO

PARA SER ATENDIDO É INDISPENSÁVEL
A APRESENTAÇÃO DESTE CARTÃO.



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE



Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC

[illegible]

ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE DO AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA

É NECESSÁRIO AVISAR QUANDO:

- 1 - Mudar de endereço**
- 2 - Mudança de nome por casamento / divórcio**
- 3 - Mudança de telefone**
- 4 - Por qualquer motivo não puder comparecer à consulta marcada**

TELEFONES ÚTEIS

**RECEPÇÃO
3441-6605**

**RADIOTERAPIA
3441-6649**

**QUIMIOTERAPIA
3441-6649**

**ENTREGA DE MEDICAÇÃO
3441-6649**

[illegible]

TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA

SEM TESTES PRÉ TRANSFUSIONAIS

(ABO, RHD, PAI, AUTO PROVA, PROVA DE COMPATIBILIDADE)

RECEPTOR:				
GRUPO ABO:		FATOR RH0(D):		
Nº REGISTRO:		QUARTO:	LEITO:	
HEMOCOMPONENTE:		ABO / RH BOLSA:		
BOLSA Nº:				
DATA		Este produto foi submetido a testes para Sífilis, Chagas, HBA s ge ANTI-HIV, ANTI-HCV e ANTI-HTLV, sendo considerado negativo.	RESPONSÁVEL RUBRICA	

TEMPO DE TRANSFUSÃO: * Concentrado de Hemácias de 2 a 4 horas *Plaquetas e Crio 15 minutos cada bolsa
* Plasma Fresco Congelado de 1 a 4 horas



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE



SAÚDE



Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE



RESÍDUO INFECTANTE

GRUPO A - SACO DE LIXO BRANCO LEITOSO

Ataduras, Bolsa de sangue vazias/equipos, Cateter tt implantável e de diálise, Fio guia de cateter, Luvas, Material de curativo, Polifix e equipamentos, Resto de desbridamento, Sondas e drenos e Tubo de ensaio.



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE



RESÍDUO QUÍMICO

GRUPO B - SACO DE LIXO LARANJA

Medicamentos vencidos, Antineoplásicos, Antibióticos, Produtos Hormonais, Citostáticos, Digitálicos, Imunomoduladores, Anti-retrovirais, Pilhas, Equipos/Frascos/Polifix utilizados para quimioterapia, Antibióticoterapia e Imunossupressores



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE



RESÍDUO COMUM

(NÃO RECICLÁVEL)

GRUPO D - SACO DE LIXO PRETO

Sobras de alimentos, Resíduos de varrição, Flores, Podas e jardins, Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde, Papel de uso sanitário, Absorvente higiênico, Peças descartáveis de vestuário.



RESÍDUO RECICLÁVEL

GRUPO D - SACO DE LIXO AZUL

Papéis limpos, Metais, vidros*, plásticos*

*Vidros : acondicionar em caixas de papelão se quebrado identificar .

*Plásticos : eliminar sujidades de alimentos, não necessário lavar.

PROVA CRUZADA COMPATÍVEL

RECEPTOR:		
Grupo ABO:	Fator Rh0 (D):	
Nº Registro:	Quarto:	Leito:
Hemocomponente: CONCENTRADO DE HEMÁCIAS Este produto foi submetido a testes para Sífilis, Chagas, HBAs g e ANTI-HIV, ANTI-HCV e ANTI- HTLV, sendo considerado negativo .		
Bolsa Nº:	ABO Rh0 (D):	Validade:
EXAMES PRÉ TRANSFUSIONAIS		
ABO Rh0 (D):	PAI:	PROVA CRUZADA:
Responsável pelos exames:	DATA:	INÍCIO:

PROVA CRUZADA COMPATÍVEL

RECEPTOR:		
Grupo ABO:	Fator Rh0 (D):	
Nº Registro:	Quarto:	Leito:
Hemocomponente: CONCENTRADO DE HEMÁCIAS Este produto foi submetido a testes para Sífilis, Chagas, HBAs g e ANTI-HIV, ANTI-HCV e ANTI- HTLV, sendo considerado negativo .		
Bolsa Nº:	ABO Rh0 (D):	Validade:
EXAMES PRÉ TRANSFUSIONAIS		
ABO Rh0 (D):	PAI:	PROVA CRUZADA:
Responsável pelos exames:	DATA:	INÍCIO:

PROVA CRUZADA COMPATÍVEL

RECEPTOR:		
Grupo ABO:	Fator Rh0 (D):	
Nº Registro:	Quarto:	Leito:
Hemocomponente: CONCENTRADO DE HEMÁCIAS Este produto foi submetido a testes para Sífilis, Chagas, HBAs g e ANTI-HIV, ANTI-HCV e ANTI- HTLV, sendo considerado negativo .		
Bolsa Nº:	ABO Rh0 (D):	Validade:
EXAMES PRÉ TRANSFUSIONAIS		
ABO Rh0 (D):	PAI:	PROVA CRUZADA:
Responsável pelos exames:	DATA:	INÍCIO:

PROVA CRUZADA COMPATÍVEL

RECEPTOR:		
Grupo ABO:	Fator Rh0 (D):	
Nº Registro:	Quarto:	Leito:
Hemocomponente: CONCENTRADO DE HEMÁCIAS Este produto foi submetido a testes para Sífilis, Chagas, HBAs g e ANTI-HIV, ANTI-HCV e ANTI- HTLV, sendo considerado negativo .		
Bolsa Nº:	ABO Rh0 (D):	Validade:
EXAMES PRÉ TRANSFUSIONAIS		
ABO Rh0 (D):	PAI:	PROVA CRUZADA:
Responsável pelos exames:	DATA:	INÍCIO:

CONTROLE DE TRATAMENTO DE RADIOTERAPIA

This image shows a single page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, typical of notebook paper. There are no margins, text, or other markings on the page.

ENDEREÇO

FONE

**HOSPITAL
SÃO JOSÉ**



DIAGNÓSTICO

ESTADIO

MÉDICO ASSISTENTE

DATA

ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE EM TRATAMENTO DE RADIOTERAPIA

- São efeitos colaterais de Radioterapia: enjojo, diarreia, perda do paladar e boca seca. Poderão cair os pelos ou cabelos da região tratada.
- A pele da região tratada fica sensível, vermelha e escura. Não deve receber: sol, calor ou produtos que contenham álcool em sua composição (cosméticos, hidratantes, óleos e maquiagem).
- Evitar exposição solar, usar protetor fator 50 ou mais, mesmo em dias nublados.
- Cuidar bem da área com pintura, não molhar, não apagar e não refazer a pintura em casa. Caso a tinta esteja fraca, procurar o serviço de Radioterapia.
- Usar roupas fáceis de tirar no período do tratamento.
- Alimentar-se bem e beber pelo menos 2 litros de água, chá ou sucos.
- Comparecer durante o tratamento de segunda à sexta-feira (exceto feriados).
- Se necessário, trazer um acompanhante adulto. Evitar crianças.
- Em caso de vômito, diarreia persistente e/ou temperatura acima de 37,8°C procurar o Pronto Atendimento ou o Pronto Socorro do Hospital São José.

EM CASO DE DÚVIDAS, LIGUE PARA 3441-6605 OU 3441-6650.



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE

Secretaria da Saúde

Rua Dr. João Colin, 2719 - Santo Antônio - 89218-035 - Joinville - SC

Fone: (47) 3481-5100 - www.joinville.sc.gov.br

**Secretaria
da Saúde**



Prefeitura de
Joinville

Secretaria da Saúde

Rua Dr. João Colin, 2719 - Santo Antônio - 89218-035 - Joinville - SC
Fone: (47) 3481-5100 - www.joinville.sc.gov.br



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE

Secretaria da Saúde

Rua Dr. João Colin, 2719 - Santo Antônio - 89218-035 - Joinville - SC

Fone: (47) 3481-5100 - www.joinville.sc.gov.br



SAMU
192



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO

USB: () 01 () 02 () 03 () 04

Médico Acionador: _____

Cód. Des. ao Local: () Vermelho () Amarelo
() Verde () Azul

Ocorrência nº: _____

Base: () Centro () Sul () Leste

Data: ____/____/20____

Cód. Des. ao Local: () Vermelho () Amarelo
() Verde () Azul

J9 ____:____ J10 ____:____

J9 ____:____ J10 ____:____

J9 ____:____ J10 ____:____

J11 ____:____ J12 ____:____

Motivo de Ativação: _____

TÉC. DE ENFERMAGEM RESPONSÁVEL:

CONDUTOR SOCORRISTA:

IDENTIFI	RUA:	Nº		COMP.	
	BAIRRO:	REFERÊNCIA:			
	IDADE:		SEXO:	DATA DE NASCIMENTO:	
	() M () F		/ /		
ACOMPANHANTE:		GRAU PARENTESCO:		FONE:	

HISTÓRIA:

MEDICAMENTOS DE USO DO PACIENTE:

ALERGIA:

OBSERVAÇÕES

1º S.S.V.V.

2º S.S.V.V.

ANOTAÇÃO E CONDUTA DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

PA

FC

FR

GLASGOW

TEMP

SAT O₂

HGT

ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular

Resposta Verbal

Resposta Motora

Espontânea	() 4	Orientada	() 5	Obedece comandos	() 6
A voz	() 3	Confusa	() 4	Localizador	() 5
A dor	() 2	Palavras inapropriadas	() 3	Movimento de retirada	() 4
Nenhuma	() 1	Palavras incompreensíveis	() 2	Flexão anormal	() 3
Total: _____		Nenhuma	() 1	Extensão anormal	() 2
				Nenhuma	() 1

ESCALA DE CINCINNATI

HORA DO ÍCTUS: ____:____ Hrs () Confirmada () Provável

Nome da testemunha: _____

Usa anticoagulante () Sim () Não

Exame Físico

Assimetria Facial (O paciente deve mostrar os dentes ou sorrir)	() Normal	Os dois lados da face movimentam-se simetricamente.
	() Anormal	Um dos lados da face não se movimentam tão bem como o outro
Queda de Braço (Com os olhos fechados o paciente deve estender os braços por 10 segundos)	() Normal	Os dois braços se mantêm simétricos
	() Anormal	Um braço apresenta queda ou não se move
Fala (O paciente deve repetir a frase: "O céu é azul em Joinville")	() Normal	O paciente repete corretamente
	() Anormal	O paciente murmura palavras, repete outras palavras ou é incapaz de falar
Pelo menos 1 item anormal	() Anormal () Sim → Suspeita de AVC → Contato no Hospital	
Tratamento (Checar)	Cabeceira a 0° / Acesso Venoso SF 0,9 % / O ₂ Nasal 2L/min/Se sat ↓ 92%	

Material Retido () Maca Rígida () Maca Clínica () Tala (s) () Colar (es) ____ () KED () Estabilizador () Base Estabilizador () Tirantes

RECUSA DE ATENDIMENTO/CONDUÇÃO

Eu, _____, RG _____
ciente da necessidade de atendimento de Urgência, **RECUSO** o
atendimento / Condução do SAMU em ____/____/____, às ____:____ hrs

RECEPTOR

Assinatura e carimbo

Assinatura e carimbo do médico regulador e testemunha: _____

RESPONSÁVEL TÉCNICO

CONDUTA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA

Médico Regulador: Dr. (a) _____

Destino do Paciente: _____

FOLHA DE GASTOS

DESCRIÇÃO	QTDE	DESCRIÇÃO	QTDE	DESCRIÇÃO	QTDE
MEDICAMENTOS AMPOLAS		Cateter Periférico nº 20		Eletrodo para DEA	
Água Destilada Estéril e Apirrogênica 10 ml		Cateter Periférico nº 22		Esparadrapo comum	
Dimenidrinato + Piridoxina + Glicose + Frutose 3mg + 5mg + 100 mg + 100 mg/ml injetável 10 ml		Cateter Periférico nº 24		Esponja Dupla Face	
		Conexão Duas Vias Descartável		Fita Hipoalérgica Grande	
Dimenidrinato + Piridoxina Cloridrato + 50 mg/ml + 50mg/ml injetável 10 ml		Dispositivo Intravenose nº 21		Fita Hipoalérgica Pequena	
		Dispositivo Intravenose nº 23		Fralda Descartável Adulto	
Dipirona Sódica 500 mg/ml Injetável 2 ml		Dispositivo Intravenose nº 25		Fralda Descartável Infantil	
Epinefrina 1mg/ml injetável 1ml		Equipo Macrogotas		Fralda Descartável Infantil	
		Ringer com Lactato 500 ml		Fralda Descartável Infantil	
Escopolamina, Butilbrometo + Dipirona Sódica 4mg + 500 mg/ml injetável 5 ml		Seringa Descartável 03 ml		Fralda Descartável Infantil	
		Seringa Descartável 05 ml		Fralda Descartável Infantil	
Escopolamina, Butilbrometo 20 mg/ml Injetável 1 ml		Seringa Descartável 10 ml		Fralda Descartável Infantil	
Furosemida 10 mg/ml injetável 2ml		Seringa Descartável 20 ml		Fralda Descartável Infantil	
Glicose 50% Injetável 10 ml		Solução Cloreto de Sódio 0,9 % 100 ml		Fralda Descartável Infantil	
Hidrocortisona, Succinato Sódico 100 mg injetável		Solução Cloreto de Sódio 0,9 % 250 ml		Fralda Descartável Infantil	
		Solução Cloreto de Sódio 0,9 % 500 ml		Fralda Descartável Infantil	
Hidrocortisona, Succinato Sódico 500 mg injetável		Solução Glicosada 5% 250 ml		Fralda Descartável Infantil	
Metoclopramida, Cloridrato 5 mg/ml injetável 2ml		MATERIAL PARA SONDAGEM/ASPIRAÇÃO		Fralda Descartável Infantil	
		Sonda de Aspiração Traqueal nº 06		Fralda Descartável Infantil	
Prometazina, Cloridrato 25 mg/ml injetável 2 ml		Sonda de Aspiração Traqueal nº 14		Fralda Descartável Infantil	
		Sonda de Aspiração Traqueal nº 18		Fralda Descartável Infantil	
Ranitidina, Cloridrato 25 mg/ml injetável 2 ml		Sonda Nasogástrica nº 08		Fralda Descartável Infantil	
Tenoxicam 20 mg injetável		Sonda Nasogástrica nº 14		Fralda Descartável Infantil	
Terbutalina, Sulfato 0,5 mg/ml injetável 1 ml		Sonda Nasogástrica nº 20		Fralda Descartável Infantil	
MEDICAMENTOS CONTROLADOS		MATERIAL PARA TRAUMA		Fralda Descartável Infantil	
Diazepam 5mg/ml injetável 2ml		Atadura crepom 06 cm		Fralda Descartável Infantil	
Haloperidol 5mg/ml injetável 1ml		Atadura crepom 10 cm		Fralda Descartável Infantil	
Morfina, Sulfato 10 mg/ml injetável 1ml		Atadura crepom 15 cm		Fralda Descartável Infantil	
Tramadol, Cloridrato 50 mg/ml injetável 2ml		Atadura crepom 20 cm		Fralda Descartável Infantil	
MEDICAMENTOS COMPRIMIDOS		Atadura crepom 30 cm		Fralda Descartável Infantil	
Ácido Acetilsalicílico 100 mg		Manta de Alumínio		Fralda Descartável Infantil	
Captopril 25 mg		Tala de Papelão "G"			
Iso ssorbida, Sal Dinitrato 5 MG Sublingual		Tala de Papelão "M"			
MEDICAMENTOS FRASCO GOTAS		Tala de Papelão "P"			
Fenoterl, Bromidrato 5,0 mg/ml gotas 20 ml		MATERIAIS DIVERSOS			
lpratrópio, Brometo 0,25 mg/ml 20 ml		Abaixador de Língua			
Paracetamol 200 mg/ml gotas 15 ml		Água Mineral COPO 200 ml			
ANESTÉSICO		Água Oxigenada			
Lidocaína, Cloridrato 2% Geléia 30 gr		Álcool 70%			
MATERIAL PARA INFUSÃO		Aparelho de Barbear			
Adaptador de Frasco de Soro		Avental Descartável			
Agulha Descartável Hipodérmica 13x4,5		Bateria para Glicosímetro			
Agulha Descartável Hipodérmica 20 x 5,5		Bloco de Fichas de Ocorrência			
Agulha Descartável Hipodérmica 25 x 7		Cateter para Oxigênio Nasal Tipo Óculos			
Agulha Descartável Hipodérmica 30 x 8		Clorexidina Alcoólica 0,5 %			
Agulha Descartável Hipodérmica 40 x 12		Clorexidina Aquosa 2%			
Cateter Periférico nº 14		Clorexidina Degermante 2%			
Cateter Periférico nº 16		Coletor de Perfurocortante			
Cateter Periférico nº 18		Copo Descarável 50 ml			
		Detergente Enzimático			

Observação:



FICHA DE VISITA

ESTADO: SANTA CATARINA	MUNICÍPIO: JOINVILLE	CAT.	QUART.	Nº IMÓVEL
DISTRITO: 42	LOCAL:			

DATA	HORA	ATIV.	MATR.	NOME	DATA	HORA	ATIV.	MATR.	NOME

OBSERVAÇÕES:

IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER



Hora do Óbito: _____

Data: ____/____/____

Setor de Origem: _____

Assinatura

Enfermagem/Carimbo: _____

- ☐ Declaração de óbito preenchida
pelo médico do Hospital
- ☐ Encaminhar para SVO
- ☐ Encaminhar para IML



IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER



Hora do Óbito: _____

Data: ____/____/____

Setor de Origem: _____

Assinatura

Enfermagem/Carimbo: _____

- ☐ Declaração de óbito preenchida
pelo médico do Hospital
- ☐ Encaminhar para SVO
- ☐ Encaminhar para IML



IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER



Hora do Óbito: _____

Data: ____/____/____

Setor de Origem: _____

Assinatura

Enfermagem/Carimbo: _____

- ☐ Declaração de óbito preenchida
pelo médico do Hospital
- ☐ Encaminhar para SVO
- ☐ Encaminhar para IML



IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER



Hora do Óbito: _____

Data: ____/____/____

Setor de Origem: _____

Assinatura

Enfermagem/Carimbo: _____

- ☐ Declaração de óbito preenchida
pelo médico do Hospital
- ☐ Encaminhar para SVO
- ☐ Encaminhar para IML



Hospital
São José

Secretaria
da Saúde



NOME DO PACIENTE _____

0,50 cm 8,00 cm

Nº do Prontuário: _____



PROGRAMA IST/HIV/AIDS
JOINVILLE

FARMÁCIA

Nome:		Data Inicial de Tratamento: / /	
Gestante:	Sim ☐ Não ☐	CD4 Inicial:	/ /
Município de Origem:		Data de Nascimento:	ADT: Sim ☐ Não ☐
Nº do SICLOM:		Nº do Cartão do SUS:	Data/Óbito: / /

NÚMERO			
SC	24.22	38340	23.137B

DATA	
/	/

MEDICAMENTO

SC	24.22	38340	23.137	B
----	-------	-------	--------	---

/	/	/
---	---	---

ASSINATURA DO EMITENTE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
NOME:	
END:	
FONE:	
RG: Nº	ORGÃO EMISSOR:

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ
ENDEREÇO: R. DR. PLÁCIDO GOMES, Nº 488
ANITA GARIBALDI, JOINVILLE - SC, 89202-000
TELEFONE: (47) 3441-6666

PACIENTE:	
END:	

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA
QDADE. E FORMA FARMACEUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA
POSOLÓGICA

CARIMBO DO FORNECEDOR	
NOME VENDEDOR	DATA

UF	NÚMERO
SC	24. .22.137

_____ de _____ de _____

PACIENTE

MEDICAMENTO

UF	NÚMERO
SC	24. .22.137

_____ de _____ de _____

ASSINATURA E CARIMBO DO EMITENTE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME _____

ENDereco _____

TELEPHONE _____

RG N° _____ ÓRGÃO EMISSOR _____



SAÚDE

Rua Dr. João Colin, 2719
Santo Antônio - 89218-035
Fone: (47) 3481-5100
www.joinville.sc.gov.br

PACIENTE _____

IDADE _____ SEXO _____

PRESCRIÇÃO INICIAL SUBSEQUENTE

ENDEREÇO _____

NOME

☐ ISOTRETINOINA

☐ TRETINOINA

☐ ACITRETINA

**GRAVIDEZ PROIBIDA**

Risco de graves defeitos na face, nas orelhas, no coração e no sistema nervoso do feto.

POSOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ de _____ de _____

NOME

UF	NÚMERO	
SC	24.1	.23.137 B2

Data: ____/____/____

Paciente

Medicamento

UF	NÚMERO	
SC	24.1	.23.137

B2

_____ de _____ de _____

Paciente: _____

Endereço: _____

Assinatura e carimbo do Emitente

 Prefeitura de
Joinville
 SAÚDE

Rua Dr. João Colin, 2719
 Santo Antônio - 89218-035
 Fone: (47) 3481-5100
www.joinville.sc.gov.br

Quantidade e Forma Farmacêutica

Posologia

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

RG nº _____ Órgão Emissor: _____

_____ DATA: ____/____/____
NOME

Espaço para identificação da gráfica

FICHA TÉCNICA DE RADIOTERAPIA

HORÁRIO

Equipamento

Status

Finalidade

:

☐ Cobalt 60

☐ SUS

☐ Pré-Op.

☐ Exclusiva

☐ Pós-Op.

☐ Paliativo.

☐ Combinada

Telephone

Cidade

NOME: _____ ID: _____

SEXO : M () F () IDADE: DIAGNÓSTICO:

AP: _____ EC: _____ CID: _____ DATA : / /

PRESCRIÇÃO RADIOTERÁPICA

[illegible]

Prefeitura de
Joinville

SAÚDE

**HOSPITAL
SÃO JOSÉ**



Desenho do Campo

	Carimbo de Revisão
	Data: ____/____/____
	Médico: _____
	Físico: _____

Acessórios / Imobilizadores

Apoio de Pés ()	Máscaras:	Mama:
Apoio de Pernas ()	Base Reta () Ab. de Língua ()	Ângulo de Rampa () Ângulo de Braço ()
Isopor ()	Base Ang. () Apoio Cerv. ()	Posição de Cabeça () Altura do Braço ()
BLOCO ()	Ext. de Ombros ()	Posição da Mão () Apoio de Braço ()

Fase									
Campos		1	2	3	4	5	6	7	8
Energia									
Local									
X	X1								
	X2								
Y	Y1								
	Y2								
DFTu/DFPe		/	/	/	/	/	/	/	/
Ângulos	Gantry								
	Colimador								
	Mesa								
Filtro									
Bólus									
Bloco									
Nº Aplicações									
D TU Dia									
D TU Total									
Tempo / UM									



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE

HOSPITAL
SÃO JOSÉ



1o. DIA DE TRATAMENTO EM: ____/____/____/____
MÉDICO: _____
FÍSICO: _____
TÉCNICOS: _____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Data:											Observações
Campos											
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
Dose Dia											
Dose Total											
Técnicos:											

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Data:											Observações
Campos											
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
Dose Dia											
Dose Total											
Técnicos:											

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Data:											Observações
Campos											
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
Dose Dia											
Dose Total											
Técnicos:											

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	
Data:											Observações
Campos											
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
Dose Dia											
Dose Total											
Técnicos:											



**Prefeitura de
Joinville**

SAÚDE

**HOSPITAL
SÃO JOSÉ**



PLANEJAMENTO FÍSICO E CÁLCULOS FÍSICO-MATEMÁTICOS

Campos		1	2	3	4	5	6	7	8
Fase									
Energia	Fótons ()								
	Elétrons ()								
Campo									
Campo Equivalente									
Cpo Eq. Colimado									
Prof. Cálculo									
SSD PTO Cálculo									
Peso									
Dose / Dia									
PDP / TMR									
ISODOSE Presc.									
Dist. Raio Central									
Fatores de Correção	Inverso Q. Distância								
	Off Axis								
	Sc								
	Sp								
	Calibração								
	Bandeja								
	Filtro								
TEMPO / UM									
PROWESS									

Cálculos Adicionais:

Calculado por: _____ Data: ____/____/____ Conferido: _____ Data: ____/____/____

FM:



**Prefeitura de
Joinville**

SAÚDE

HOSPITAL
SÃO JOSÉ



Agradeço a todos da equipe envolvida por compreenderem e participarem desse momento tão especial e único na minha vida e da minha família.

Este modelo de Plano de Parto é aplicável em condições dentro da normalidade no Trabalho de Parto, Parto e Pós Parto.

Gestante

Acompanhante

Joinville, ____ de ____ de ____.

"Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer"

(Michel Odent)

Algumas posições para o parto



De cócoras



Lateral



Semi-sentada



Na banqueta

Modelo de Plano de parto desenvolvido por:

Adrielle Trindade Muniz de Oliveira

Bruna Paola de Lima Bridi

Gabriela Regina Vilvert

Josihelle Gumboski

Katiane Sá de Souza

Melody Cristina Mansani Carraro Trombelli

Residentes em Saúde Materno Infantil 2022

Maternidade Darcy Vargas

Preceptora: Rosimeire Pereira Bressan

Plano de Parto



Nome: Idade:

Endereço:

Telefone:

Nome do acompanhante:

Nome do bebê:



Estamos cientes de que o parto pode ter diferentes desfechos. Abaixo listamos nossas preferências em relação ao nascimento do nosso filho. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaríamos de ser previamente avisados e consultados a respeito das alternativas.

Durante o trabalho de parto

- Presença de meu acompanhante e ou doula;
- Não desejo realizar tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e enema (lavagem intestinal);
- Utilização de ocitocina apenas se necessário e com meu consentimento;
- Banho terapêutico e outros métodos não farmacológicos para o alívio da dor (bola, cavalinho, massagem...);
- Liberdade para caminhar e escolher a posição que quero ficar;
- Utilização de analgesia de parto com meu consentimento e orientação da equipe;
- Não desejo rompimento artificial de bolsa amniótica.



Durante o parto

- Prefiro escolher a posição que eu me sentir mais confortável, e aceito orientações;
- Gostaria de um ambiente calmo nesta hora e o número mínimo de pessoas ao meu redor;
- Peço que não empurrem a minha barriga para baixo;
- Não desejo puxo dirigido;
- Não desejo episiotomia (corte no períneo);
- Quero que a iluminação seja reduzida e que a temperatura esteja adequada para o bebê na hora do nascimento;
- Desejo que o cordão umbilical seja clampeado entre 1 e 3 minutos ou quando parar de pulsar após o nascimento;
- Desejo que seja perguntado ao meu acompanhante se ele gostaria de cortar o cordão umbilical;
- Desejo ter o meu bebê colocado de imediato no meu colo;
- Desejo que a amamentação na 1ª hora de vida seja estimulada;
- Desejo silêncio.

Após o parto

- Aguardar a expulsão espontânea da placenta, evitando manobras, tração ou massagens;
- Gostaria de carimbo de placenta;
- Desejo auxílio para registro fotográfico;
- Quero ter o meu bebê o tempo todo comigo no pós parto para a vinculação;
- Não dar o banho imediatamente após o nascimento, esperar no mínimo 6 horas;
- Gostaria de dar o banho no meu bebê e fazer as trocas, com orientações;
- Gostaria de orientação sobre amamentação;
- Desejo a permanência do meu acompanhante durante todo o processo;



Caso seja cesariana

- Apenas se for necessário;
- Gostaria da presença do meu acompanhante e ou doula;
- Ser informada de cada procedimento associado à cesárea e aos cuidados com o bebê;
- Tricotomia se necessário;
- Na hora do nascimento, gostaria que o campo fosse abaixado para que eu possa vê-lo nascer;
- Sem o uso de sedativos pós-operatórios;
- Desejo contato pele a pele.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Manual de identidade visual



A Logomarca padrão



A logomarca padrão do Governo de Santa Catarina é composta pela sua marca (bandeira) e pelo logotipo Governo de Santa Catarina, representados de forma característica. A logomarca deve ser considerada como um todo, não podendo, portanto, ser alterada em suas formas, cores e proporções,

Logomarca padrão

Cores

Aplicação da logomarca em cores, com respectivos tons em escala de cores PANTONE e CMYK.

RGB	PANTONE	CMYK
 R 237 G 28 B 36	 485	 M 100% + Y 100%
 R 166 G 206 B 57	 376	 C 40% + Y 100%
 R 166 G 206 B 57	 363	 C 75% + Y 100%
 R 255 G 242 B 0	 Process Yellow	 Y 100%
 R 124 G 63 B 0	 4635	 Y 100% + M 60% + k 60%
 R 35 G 31 B 32	 Process Black	 k 100%



Logomarca padrão

Grayscale

Aplicação da logomarca em Grayscale, com respectivos tons de cinza.

Preto (%)	
Branco	
K 40%	
K 60%	
K 70%	
K 80%	
K 100%	



Logomarca padrão

Redução e área de proteção

Para assegurar legibilidade à logomarca é preciso:

- não reduzi-la além da medida indicada;
- não aplicar qualquer elemento gráfico que invada a área dentro dos limites proporcionais indicados

Redução



Área de proteção



Redução



Área de proteção



Logomarca padrão

Esquema construtivo

Para cálculo das dimensões da logomarca do Governo de Santa Catarina, deve-se utilizar a seguinte grade de construção, com 7 módulos de comprimento e 7 módulos de largura:



Logomarca padrão

Aplicação sobre fundos variados

Para aplicar a logomarca sobre fundo branco ou de tonalidade clara, deve-se manter a aplicação de cor padrão da logomarca.



Logomarca padrão

Aplicação sobre fundos variados

Para aplicar a logomarca sobre fundo preto ou de tonalidade escura, deve-se vaziar (branco) o logotipo (Governo de Santa Catarina)

Para aplicar a logomarca sobre fundo vermelho, texturas e fotos que prejudiquem a visualização correta, deve-se utilizar fundo branco e área de proteção.

Para aplicar a logomarca em grayscale sobre fundo cinza ou preto, deve-se utilizá-la conforme exemplo ao lado.



Logomarca padrão

Secretarias de Estado

Os nomes das Secretarias de Estado são aplicadas abaixo da marca do Governo na proporção e disposição exemplificadas a seguir.
Nomes das secretarias em Myriad Semibold Condensed





**GOVERNO
DE SANTA
CATARINA**

Secretaria de Estado de
Turismo, Cultura e Esporte



**GOVERNO
DE SANTA
CATARINA**

Secretaria de Estado de
Coordenação e Articulação



**GOVERNO
DE SANTA
CATARINA**

Secretaria de Estado
de Comunicação



**GOVERNO
DE SANTA
CATARINA**

Secretaria de Estado
do Planejamento



**GOVERNO
DE SANTA
CATARINA**

Secretaria Especial de
Articulação Internacional



**GOVERNO
DE SANTA
CATARINA**

Secretaria de Estado
da Fazenda



**GOVERNO
DE SANTA
CATARINA**

Secretaria de Estado
da Infraestrutura



**GOVERNO
DE SANTA
CATARINA**

Secretaria de Estado
da Administração

Logomarca padrão

Tipologia

**GOVERNO
DE SANTA
CATARINA**

Myriad Black

**ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ
0123456789
abcdefghijklmnopqrstuvwxyz**

**Secretaria da Agricultura
e da Pesca**

Myriad Semibold Condensed

**ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ
0123456789
abcdefghijklmnopqrstuvwxyz**

**Secretaria da Agricultura
e da Pesca**

Myriad Black Condensed

**ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ
0123456789
abcdefghijklmnopqrstuvwxyz**

Logomarca padrão

Aplicações inadequadas



• Não alterar cores



• Não alterar proporção



• Não alterar disposição



• Não achatar



• Não comprimir



• Não alterar fontes

Aplicações

Aplicações

Assinatura em mídia impressa

Quando a imagem do fundo do anúncio não interferir na legibilidade do logotipo, ele pode ser aplicado diretamente sobre o fundo.



PACTO



POR SANTA CATARINA

Mais de R\$ 7 bilhões em todas as áreas para melhorar a sua vida.



 INFRAESTRUTURA 1200 KM DE ESTRADAS RECUPERADAS E REVITALIZADAS	 SAÚDE • NOVOS HOSPITAIS • 21 POLICLINICAS • 980 NOVOS LEITOS	 SEGURANÇA • NOVO CENTRO INTEGRADO DE COMANDO E CONTROLE	 AGRICULTURA E DEFESA CIVIL COMBATE À SECA E PREVENÇÃO DE ENCHENTES	 EDUCAÇÃO REVITALIZAÇÃO DE ESCOLAS
--	---	--	---	--

O Governo do Estado lançou o maior pacote de obras da nossa história. O Pacto por Santa Catarina. São mais de R\$ 7 bilhões que já estão sendo investidos em pontos estratégicos, em todo o Estado, em todas as áreas. É um pacto para levar desenvolvimento para todos os catarinenses. **É um pacto por nós. Por você. Um Pacto por Santa Catarina.**



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado do Desenvolvimento Econômico Sustentável

Aplicações

Assinatura em mídia impressa

Logos de outras instituições que assinarem a peça são dispostos como nos exemplos seguintes.



**LERNEN SIE WAS ES BEDEUTET,
DEN TAG GUT AUSZUNUTZEN.
BESUCHEN SIE SANTA CATARINA.**

Schöne Strände, dicht an wunderbaren Bergen gelegen. Extremsport und eines der besten Nachtleben der Welt. Canyons und Sehenswürdigkeiten für die ganze Familie. All dies ist Santa Catarina. Besuchen Sie www.santur.sc.gov.br und stellen Sie die Route zusammen, die am besten zu Ihnen passt.

SANTUR

**GOVERNO
DE SANTA
CATARINA**
Secretaria de Estado de
Turismo, Cultura e Esporte

Aplicações

Assinatura em mídia impressa



DESCONTOS DE ATÉ
100%
SOBRE MULTAS E JUROS

A CELESC está com uma grande notícia para quem tem débitos de energia elétrica: descontos de multa e juros para faturas vencidas até 31/05/2012*. Pague em parcela única para obter o desconto de 100% de multa e juros ou parcele em até 6 vezes com benefícios proporcionais. **Aproveite. Vá a uma loja de atendimento da CELESC até o dia 20 de dezembro para aderir ao programa.**

Confira as condições de parcelamento e os locais de atendimento em
www.celesc.com.br

Mais informações
0800 48 0120


Celesc
Distribuição S.A.


GOVERNO DE SANTA CATARINA

Aplicações

Placa identificação obra/rodovia

Texto em tipos da família de fontes Myriad. Modelo na proporção 3 x 1 módulos.

 GOVERNO DE SANTA CATARINA Secretaria de Estado da Infraestrutura	DESCRIÇÃO DA OBRA		
	Início: 00/00	Término: 00/00	Prazo: 000 dias
	Construtora: Nome da Empreiteira		
	Financiamento: Nome da Financiadora		
	Valor: R\$ 000.000.000,00		
			

Aplicações

Placa identificação obra/rodovia

Texto em tipos da família de fontes Myriad. Modelo na proporção 3 x 1 módulos.

 GOVERNO DE SANTA CATARINA	DESCRIÇÃO DA OBRA <table><tr><td>Convênio Nº 000.000.000-00</td><td>Valor: R\$ 0.000.000,00</td></tr><tr><td>Recurso Estadual: R\$ 0.000.000,00</td><td>Contrapartida: R\$ 0.000.000,00</td></tr><tr><td>Concedente: Nome da concedente</td><td>Órgão/ Entidade Executora: Nome da Entidade</td></tr><tr><td>Prazo execução: 000 dias</td><td>Início: 00/00/0000</td><td>Término: 00/00/0000</td></tr><tr><td>Construtora: Nome da Empreiteira</td><td colspan="2">Mais Informações: www.sctransferencias.sc.gov.br</td></tr></table>	Convênio Nº 000.000.000-00	Valor: R\$ 0.000.000,00	Recurso Estadual: R\$ 0.000.000,00	Contrapartida: R\$ 0.000.000,00	Concedente: Nome da concedente	Órgão/ Entidade Executora: Nome da Entidade	Prazo execução: 000 dias	Início: 00/00/0000	Término: 00/00/0000	Construtora: Nome da Empreiteira	Mais Informações: www.sctransferencias.sc.gov.br	
Convênio Nº 000.000.000-00	Valor: R\$ 0.000.000,00												
Recurso Estadual: R\$ 0.000.000,00	Contrapartida: R\$ 0.000.000,00												
Concedente: Nome da concedente	Órgão/ Entidade Executora: Nome da Entidade												
Prazo execução: 000 dias	Início: 00/00/0000	Término: 00/00/0000											
Construtora: Nome da Empreiteira	Mais Informações: www.sctransferencias.sc.gov.br												

Aplicações

Placa identificação obra/ contrato de apoio financeiro

Texto em tipos da família de fontes Myriad. Modelo na proporção 3 x 1 módulos.

 GOVERNO DE SANTA CATARINA		DESCRIÇÃO DA OBRA	
Contrato de apoio Nº 000.000.000-00		Valor: R\$ 0.000.000,00	
Recurso Estadual: R\$ 0.000.000,00		Contrapartida: R\$ 0.000.000,00	
Concedente: Nome da Concedente		Órgão/ Entidade Executor: Nome da Entidade	
Início: 00/00	Término: 00/00	Prazo: 000 dias	
Construtora: Nome da Empreiteira		Financiamento: Nome da Financiadora	
Mais Informações: www.sctransferencias.sc.gov.br			

Aplicações

Placa indicativa de obra

Modelos na proporção 2 x 1 módulos.



Aplicações

Sinalização de frota

*Exemplo de sinalização para frota de automóveis pequenos para secretarias .
Nome das secretarias em fonte Myriad Black Condensed.*



Aplicações

Sinalização de frota

Exemplo de sinalização para frota de automóveis pequenos para Pacto por Santa Catarina.



Aplicações

Sinalização de frota

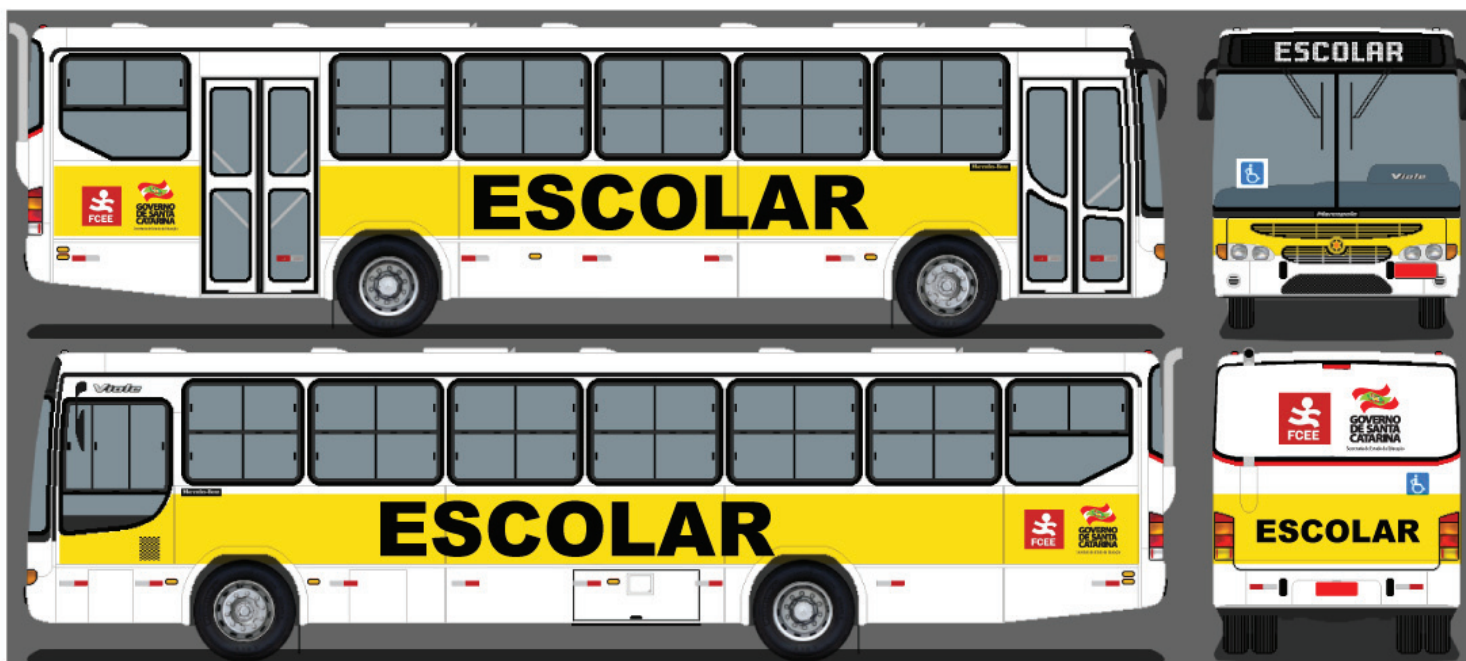
Exemplo de sinalização para frota de caminhões e escavadeiras.



Aplicações

Sinalização de frota

Exemplo de sinalização para frota de ônibus escolar.

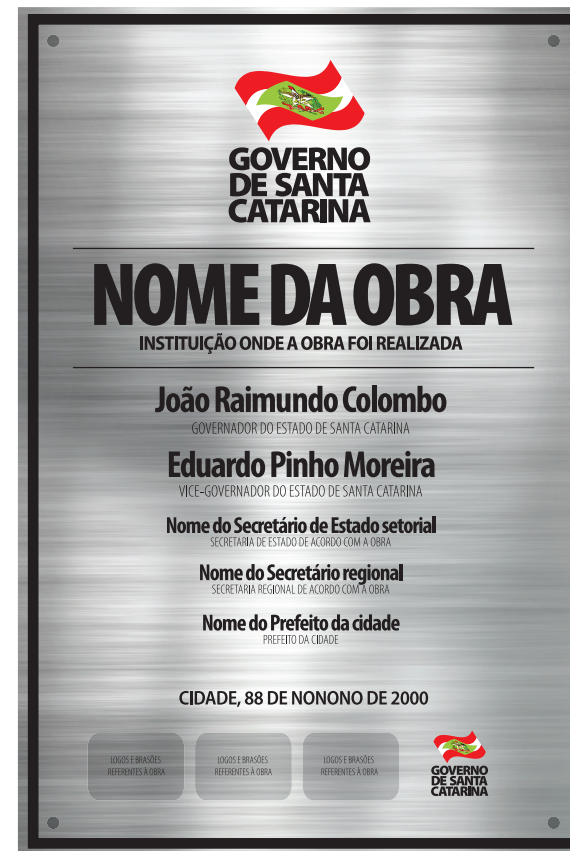


Aplicações

Placa de inauguração de obra

- As placas de inauguração de obra podem ser confeccionadas em diferentes materiais (vidro, metal, acrílico), desde que seja garantida a legibilidade dos textos.
- Podem variar de tamanho e proporções (horizontal, quadrada, vertical), de acordo com o conteúdo.
- Observar a posição da logomarca sempre no topo do layout, com as demais informações abaixo (nome da obra, nome do governador, outros nomes e logos).
- Nomes do governador e vice em corpo maior do que os demais.
- Todo o texto em fontes da família Myriad condensada.

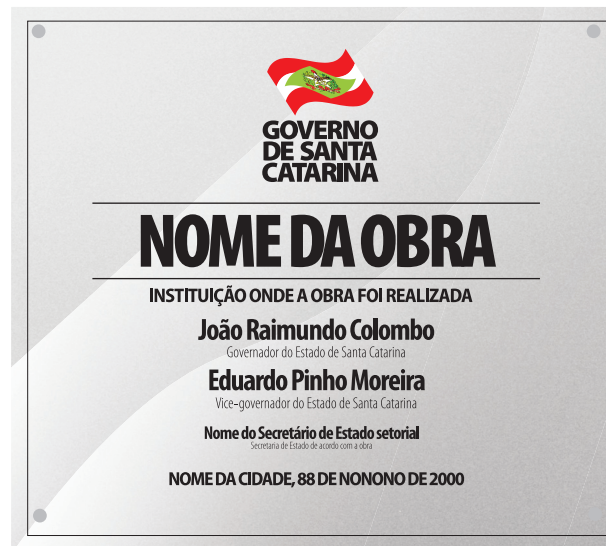
Exemplo



Aplicações

Placa de inauguração de obra

Exemplos de placas em diferentes proporções.



Aplicações

Cartão de visitas

Cartão de visitas no formato 95 x 55mm



Aplicações

Crachás de identificação

Nos modelos variados de crachá (com foto, sem foto e visitante) são utilizados tipos da família Myriad condensada, respeitando a proporção entre os tamanhos de nome, logo e secretaria como indicado nos modelos abaixo.
Fundo azul: C 100 M75 K50



Aplicações

Placas de portas / divisórias

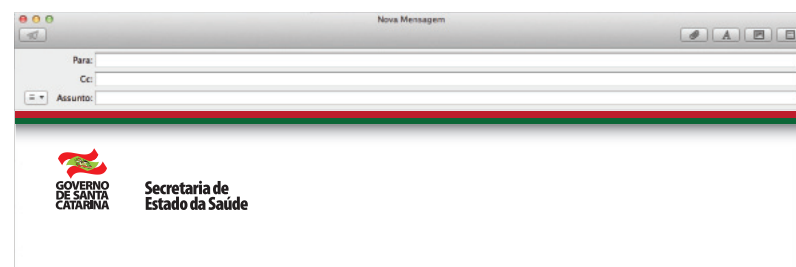
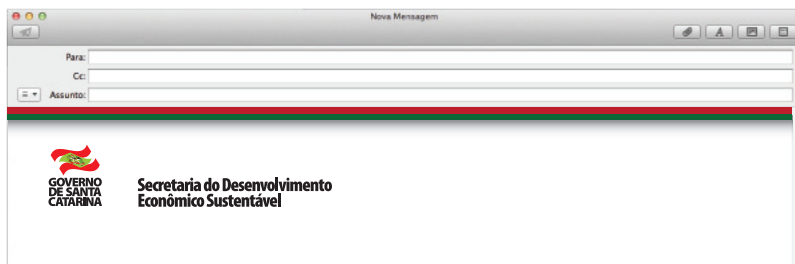
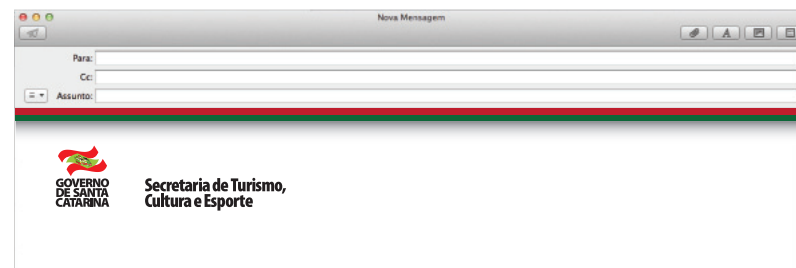
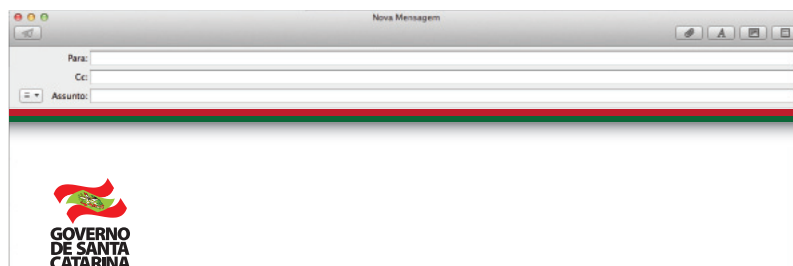
- A sinalização de portas e divisórias internas são feitas em placas de PVC, com a logomarca padrão e o nome do setor em fonte Myriad Black condensada.
- A proporção das placas pode variar conforme o nome do setor.
- Na sinalização dos gabinetes, utilizar o brasão oficial do governo no lugar da logomarca padrão.



Aplicações

Cabeçalhos de e-mail

Nome das secretarias em fonte Myriad Black Condensed.



Aplicações Tapadeira

Na tapadeira, a logomarca padrão será aplicada sobre fundo de cor sólida, com o nome da secretaria em fonte Myriad Black Condensed.



Aplicações

Fundo de Tela





**GOVERNO
DE SANTA
CATARINA**

PLAQUETA/ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO PATRIMONIAL

Secretaria
da Saúde



C M Y K
0 0 0 100

Tamanho: 50x20 mm

50 mm

Impressão em preto -



Numeração indicada pela contratante

Aplicação Tamanho real:




Fábio Raposo
Coordenador Produção Gráfica
Matrícula 18.604