



## ANEXO 12\_Ficha de Atendimento Ambulatorial (Anverso)



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



## Entidade Prestadora do Atendimento

Código da Unidade: 0002852	CGC/CPF: 35.501.733/0001-94
Nome: INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS	
Endereço: AV. COREMAS, S/N - JAGUARIBE	
Município: JOÃO PESSOA	Estado: PARAÍBA UF: PB

## Paciente

Data do Atendimento:		Atend.:	
Nome:		Matrícula:	
Cartão SUS:	SIS Pré-Natal:	Documento:	
Sexo:	Raça/Cor:	Idade:	Profissão:
Escolaridade:	Endereço: -		
Município:	CEP:		
Prontuário:	Hora da Chegada:	Hora do Acolhimento Enf.:	
Hora do Acolhimento Médico:	Local da Realização do Pré-Natal:		
Número de Consultas do Pré-Natal:	Procedência:	Alergias ( ) Sim ( ) Não	
Breve História Obstétrica: G	P	A	(PN= / PC = )
DUM: / /	IG:	sem	dias: DPP: / /
Faz uso de medicamentos? ( ) Não ( ) Sim Qual?			
Situação/Queixa:			
Dados Vitais: PA = x mmHg FC = bpm FR = ipm TAX = °C			
BCF: (bpm):	MF(+/-):	Sangramento Vaginal (Sim/Não):	Contrações Uterinas (Sim/Não):
Perda de Líquido (Sim/Não):	Dor: /10		
Classificação: ( ) Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul			
Enfermeiro Responsável:			

## Avaliação Médica/Descrição do Exame Clínico

<b>História Clínica:</b>
<b>Hipótese Diagnóstica (HD):</b>
<b>Conduta Médica:</b>



## \_Ficha de Atendimento Ambulatorial (Verso)



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
 INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS  
 FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



## Entidade Prestadora do Atendimento

Código da Unidade: 0002852	CGC/CPF: 35.501.733/0001-94
Nome: INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS	
Endereço: AV. COREMAS, S/N - JAGUARIBE	
Município: JOÃO PESSOA	Estado: PARAÍBA UF: PB

## Paciente

Data do Atendimento:	Atend.:		
Nome:	Matrícula:		
Cartão SUS:	SIS Pré-Natal:	Documento:	
Sexo:	Raça/Cor:	Idade:	Profissão:
Escolaridade:	Endereço: -		
Município:	CEP:		
Prontuário:	Hora da Chegada:	Hora do Acolhimento Enf.:	
Hora do Acolhimento Médico:	Local da Realização do Pré-Natal:		
Número de Consultas do Pré-Natal:	Procedência:	Alergias ( ) Sim ( ) Não	
Breve História Obstétrica: G	P	A	(PN= / PC = )
DUM: / /	IG:	sem	dias: DPP: / /
Faz uso de medicamentos? ( ) Não ( ) Sim Qual?			
Situação/Queixa:			
Dados Vitais: PA = x mmHg FC = bpm FR = ipm TAX = °C			
BCF: (bpm): MF (+/-): Sangramento Vaginal (Sim/Não): Contrações Uterinas (Sim/Não):			
Perda de Líquido (Sim/Não): Dor: /10			
Classificação: ( ) Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul			
Enfermeiro Responsável:			

## Avaliação Médica/Descrição do Exame Clínico

<b>História Clínica:</b>
<b>Hipótese Diagnóstica (HD):</b>
<b>Conduta Médica:</b>

## ANEXO 13\_ Resumo de Alta

HEV		PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS				JOÃO PESSOA 2025 ANIVERSÁRIO		
<b>RESUMO DE ALTA</b>								
NOME				PRONTUÁRIO	MATRÍCULA	COD. ATENDIMENTO		
CARTÃO SUS	SIS PRÉ-NATAL	DATA NASCIMENTO	E. CIVIL		SEXO	COR		
PROFISSÃO		NACIONALIDADE	NATURALIDADE		DOCUMENTO / DATA EMISSÃO			
ENDEREÇO					TELEFONE			
NOME DO PAI				NOME DA MÃE				
RESPONSÁVEL				ASSINATURA DO RESPONSÁVEL				
DATA DE ADMISSÃO		DATA DA ALTA	TEMPO DE PERMANÊNCIA		ENFERMARIA	LEITO		
DIAGNÓSTICO INICIAL						CID		
PROCEDIMENTO SOLICITADO						CID		
PRINCIPAIS EXAMES		VDRL	TIPOLOGIA SANGÜÍNEA					
		HIV						
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							DATA	
							DATA	
							DATA	
ANATOMIA PATOLÓGICA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO    RESULTADO								
INFECÇÃO F.O.: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO    COLETA DE MATERIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								
RESULTADO BACTERIOLOGIA:								
CONDIÇÕES DE ALTA: <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> REMOVIDO P/ _____								
RESUMO CLÍNICO - HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES								
ORIENTAÇÃO PÓS ALTA								
1. As gestantes deverão continuar o pré-natal;								
2. Após o aborto, retornar ao hospital em 15 dias para reavaliação da contracepção.								
3. ORIENTAÇÕES DO PUERPÉRIO (PÓS PARTO)								
a) Realizar após 30 dias, a consulta pós natal no posto de saúde ou PSF do bairro;								
b) Nos partos cirúrgicos, retirar os pontos com 7 (sete) a 10 (dez) dias no posto de saúde ou PSF do bairro onde mora.								
c) Retornar ao hospital se tiver febre, mau cheiro vaginal, hemorragia, dor no baixo ventre ou secreção pela cirurgia.								
João Pessoa, _____ de _____ de _____				Assinatura e carimbo do Médico				
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO E CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.								
Digitado por em								