



**SESC SAÚDE VISÃO**  
Agendamento da Ação Educativa

SESC GOIAS

FL. 31

Ass. OPS

Município:		Data: / /	Período:	Observação
Nº	Nome do Cliente	Categoria	Idade	Telefone
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

**EM BRANCO**

# Saúde

## Anamnese

# SescSaúde

Nome: \_\_\_\_\_

### 1) Queixa principal

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2) Motilidade / Estrabismo

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3) Anexos

a. Órbitas:  OD \_\_\_\_\_  OE \_\_\_\_\_

b. Pálpebras:  OD \_\_\_\_\_  OE \_\_\_\_\_

c. Aparelho Lacrimal:  OD \_\_\_\_\_  OE \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4) Segmentos anteriores

#### a. Conjuntivas

Pterígio  Hiperemia  Tumor  Pinguécula

Outros: \_\_\_\_\_

b. Córnea/Esclera:  OD \_\_\_\_\_  OE \_\_\_\_\_

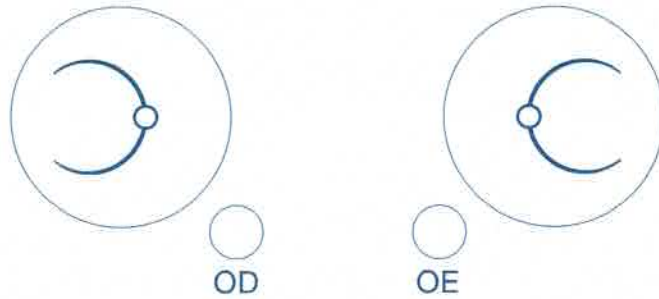
c. Câmara anterior:  OD \_\_\_\_\_  OE \_\_\_\_\_

d. Íris/Pupila:  OD \_\_\_\_\_  OE \_\_\_\_\_

e. Cristalino:  OD \_\_\_\_\_  OE \_\_\_\_\_

**EM BRANCO**

**5) Fundoscopia**




---



---

**6) PIO (Pressão Intra ocular)**

	mmHg	Hora
OD		
OE		

**7) Refração**

		Adição
OD		
OE		

**8) Óculos**

		Adição
OD		
OE		

- Para perto       Monofocal  
 Para longe       Bifocal  
 Não       Multifocal

**9) Hipotese Diagnóstica**

---



---

**10) Conduta**

- Óculos       Orientações Gerais

Encaminhado:

- Exames       SUS       Convênio \_\_\_\_\_

- Tratamento       SUS       Convênio \_\_\_\_\_

Outros \_\_\_\_\_

---



---

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura e carimbo do Oftalmologista



12/11/2014

**EM BRANCO**



# SESC SAÚDE VISÃO

## Controle Diário - Consulta Oftalmológica

Município: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Período:

Matutino

Vespertino

Nº	Nome do Cliente	Idade	Início do Atendimento	Horário do colírio			Finalizado o Atendimento
				1º Gota	2º Gota	3º Gota	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

SESC GOIÁS  
Fl. 34  
Ass. 685

18/01/2011  
10:00:00

**EM BRANCO**



# SescSaúde

## DOAÇÃO DE ÓCULOS OU LENTES

SESC GOIAS	
FL:	35
ASS.:	ES

Conforme a consulta e caso seja identificada a necessidade de correção visual (uso de óculos) ou se você já utiliza e **se desejar**, o Sesc fará a doação do óculos ou lentes (compatíveis com armação) se a sua **renda familiar (todos que trabalham e moram na mesma casa) não ultrapassar 3 salários mínimos nacionais.**

Para isso, é preciso apresentar na Unidade Móvel Sesc Saúde Visão os documentos relacionados abaixo.

- Carteira de Trabalho atualizada, caso tenha;
- Cópia do último contracheque;
- Receita do óculos;
- Caso seja pensionista, aposentado ou esteja recebendo auxílio doença ou seguro desemprego, cópia do último comprovante ou extrato bancário com o depósito;
- Autônomo e Desempregado: deverá fazer uma declaração de próprio punho.

O horário para entrega dos documentos é de **quarta a sexta das 9h30 às 11h ou das 15h30 às 17h.**

**O atendimento só será concluído com todos os documentos solicitados acima.**

Mais orientações:

(62) 99914-3968 e 3523-6966



[sescgo.com.br](http://sescgo.com.br)

**EM BRANCO**

SESC GOIÁS  
FL: 36  
Ass.: EPS

# saúde

SescSaúde



Serviço Social do Comércio - Sesc  
Departamento Regional no Estado de Goiás  
Rua 122 B - Setor Sul - CEP: 74085-520 - Goiânia - GO  
Tel: (62) 3623-8968 - CNPJ: 03.671.444/0001-47

2014/01/16  
10:00 AM  
10:00 AM

**EM BRANCO**

# Saúde

## Ficha de Triagem

# SescSaúde

### IDENTIFICAÇÃO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Primeira vez na unidade?  Sim  Não

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_  Comerciarío  Dependente  Usuário

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ Nº da carteira do Sesc: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Setor: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Possui filho (s)? \_\_\_\_\_ Quantos? \_\_\_\_\_

Renda Familiar:

De 0 até 3 salários mínimos nacionais  Acima de 3 salários mínimos nacionais

Plano de saúde:

Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_

### QUEIXA ATUAL

Você tem alguma queixa relacionada à visão:

Não  Sim. Qual seria? \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PESSOAIS

Diabetes  Sim  Não Quanto tempo? \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ mg/dL

Glaucoma  Sim  Não Quanto tempo? \_\_\_\_\_

(pressão alta no olho)  
Hipertensão  Sim  Não Quanto tempo? \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ mmHg  
(pressão alta)

Consulta oftalmológica há quanto tempo?

Menos de 1 ano  1 a 2 anos  Mais de 2 anos  Mais de 5 anos

Nunca fez consulta oftalmológica

10/10/2011  
10/10/2011  
10/10/2011

**EM BRANCO**

Foi diagnosticado com:

- Ceratocone     Catarata     Estrabismo (vesgo)     Nenhuma alteração

Tem suspeita de gravidez ou está grávida?

- Sim     Não     Não se aplica

Outras doenças diagnosticadas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quaisquer medicações em uso (nome, dosagem e modo de uso)?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES FAMILIARES

Alguém cego na família. Quem? \_\_\_\_\_

Alguém na família tem:

- Diabetes     Hipertensão Arterial     Glaucoma     Estrabismo

Ceratocone     Catarata     Outras doenças diagnosticadas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### TRIAGEM DE ACUIDADE VISUAL (USO DO SESC)

Acuidade visual sem correção: \_\_\_\_\_ OD \_\_\_\_\_ OE

Acuidade visual com correção: \_\_\_\_\_ OD \_\_\_\_\_ OE

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### CONDUTA (USO DO SESC)

- Encaminhado para consulta     Orientado     Outros     Dispensado

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



10/10/2011  
10/10/2011  
10/10/2011

**EM BRANCO**



SESC GOIÁS	
FL.:	39
Ass.:	EPS

# Saúde

Receituário

## SescSaúde



Serviço Social do Comércio - Sesc  
Departamento Regional no Estado de Goiás  
Rua 122 B - Setor Sul - CEP.: 74085-520 - Goiânia - GO  
Tel.: (62) 3523-6966 CNPJ: 03.671.444/0001-47

**EM BRANCO**

# Saúde

## Receita de óculos

# SescSaúde

Para: \_\_\_\_\_

	Esf.	Cil.	Eixo
OD			
OE			
Adição:			

( ) Longe    ( ) Perto    ( ) Multifocal

Obs: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Oftalmologista



Serviço Social do Comércio - Sesc  
Departamento Regional no Estado de Goiás  
Rua 122 B - Setor Sul - CEP.: 74085-520 - Goiânia - GO  
Tel.: (62) 3523-6966 CNPJ: 03.671.444/0001-47



**EM BRANCO**