



SESC SAÚDE VISÃO
Agendamento da Ação Educativa

SESC GOIAS
FL. 31
Ass. OPS

Município:		Data: / /	Período:		
Nº	Nome do Cliente	Categoria	Idade	Telefone	Observação
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 _____

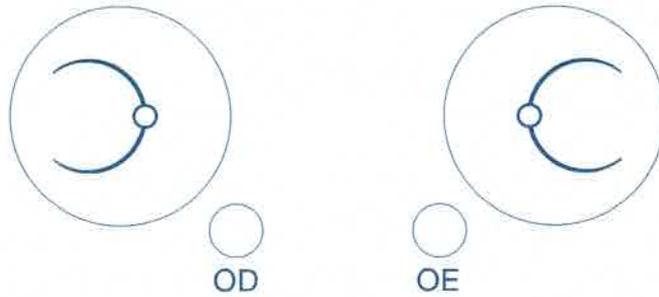
c. Câmara anterior: OD _____ OE _____

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
12:00:00

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

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
10:00

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