

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTA - MG

FONES: (37) 3324-1057 / 3324-1309 - e-mail: gestaoms@pimenta.mg.gov.br

AVENIDA J. K., 396 - CENTRO - CEP 35585-000 - PIMENTA - MINAS GERAIS

Pimenta

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE AGENDAMENTO DE VIAGENS

Data: / /

Motorista:

Veículo:

Destino:

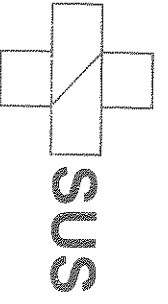
Horário de Saída:

Horário de Chegada:

	Nome do Paciente	Cidade	Local	Endereço	Hora	Km Inicial	Km Final
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

Motorista:

Agendamento:



SUS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTA

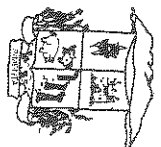
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

DATA: ____/____/____

ORDEM	NOME DO PACIENTE	IDADE	SEXO	MUNICIPIO REFERENCIA	PROFISSIONAL	PROCEDIMENTO	ASSINATURA DO PACIENTE
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

Sum 3



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTA
Secretaria Municipal de Saúde
DECLARAÇÃO DE COMPARCIMENTO

Declaro que o segurado _____

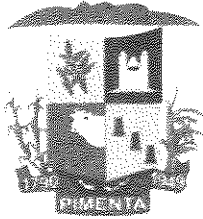
portador da carteira profissional nº _____ série _____
permaneceu nesta unidade no dia _____ de _____ às _____
horas para o fim de:

CID. _____

HOSPITAL, AMBULATÓRIO OU PU _____

LOCALIDADE E DATA _____

ASSINATURA E Nº DO SERVIDOR _____
N.º TIPOGRAFIA E OFP. SET. PAIS. LIDA. - TELEFAX: (071) 3323-1032.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIMENTA

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

AVENIDA JK, 396 - CENTRO - CNPJ: 16.725.962/0001-48

CEP 35585-000

PIMENTA

MINAS GERAIS

FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA Encaminhamento para consultas especializadas e exames

1 - IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____ TELEFONE: _____

RESPONSÁVEL: _____ REG: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____

PRONTUÁRIO: _____ UNIDADE BÁSICA _____ DATA NASC.: _____

2 - REFERÊNCIA AO ESPECIALISTA:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: (o solicitante deve fornecer dados que caracterizam a necessidade do exame e sua urgência ou não) _____

_____ CID _____

EXAMES REALIZADOS E PRINCIPAIS RESULTADOS: _____

_____/_____/_____
DATA ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

3 - CONTRA-REFERÊNCIA:

LAUDO MÉDICO: _____

PROCEDIMENTOS (Realizados/Solicitados): _____

EXAMES REALIZADOS: _____

CID: _____ COD SSM: _____

_____/_____/_____
DATA ASSINATURA MÉDICO

_____/_____/_____
DATA ASSINATURA DO PACIENTE

Almeida



ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE PIMENTA

MARCIACIO DE CONSULTAS

Médico:	
Especialidade:	
Dia: _____ / _____ / _____ às _____ horas	
Nome:	
Endereço:	
Na impossibilidade de comparecer à consulta comparemos (37) 3324-1345	
Autorizado:	

PROSARAH E OFF SET PAINTS LTDA. - TELEFAX: (37) 3323-1032

Dem 10



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. JK, 396 - Fone: (37) 3324-1546 - Pimenta - MG

RECEITUÁRIO

INDICAÇÃO CLÍNICA

5 - Mamografia diagnóstica mama esquerda mama direita ambas

5a. Achados no exame clínico

Mama direita

Lesão papilar

Descarga papilar

Cristalina
 Hemorrágica

Mama esquerda

Lesão papilar

Descarga papilar

Cristalina
 Hemorrágica

Nódulo

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat

UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat

UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo palpável Axilar Supraclavicular

Nódulo

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat

UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat

UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo palpável Axilar Supraclavicular

5b. Controle radiológico Categoria 3

5c. Lesão com diagnóstico de câncer

5d. Avaliação da resposta do QT Neo-adjuvante

Mama direita

Mama esquerda

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal

Mama direita

Mama esquerda

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal

6 - Mamografia de rastreamento

Data de solicitação

Examinador

Número do Exame

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO

5 - Mamografia diagnóstica

5a - Achados no exame clínico

Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular).

5b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS®)

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna.

5c - Lesão com diagnóstico de câncer

Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento.

5d - Avaliação de resposta a quimioterapia neo-adjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neo-adjuvante, para avaliação da resposta.

6 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos ou maiores de 35 anos com histórico familiar de câncer de mama. Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama.

Localização

QSL - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQlat - União dos quadrantes laterais
UQsup - União dos quadrantes superiores

UQint - União dos quadrantes internos
UQmed - União dos quadrantes mediais
RRA - Região retroareolar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)
PA - Prolongamento axilar
NR - Não realizado

Dem 11

UF

Código da Unidade de Saúde (CNES)

Unidade de Saúde

Código Município

Município

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS

Sexo Masculino Feminino

Nome Completo do(a) paciente

Apelido do (a) paciente

Nome Completo da Mãe

Identidade

Orgão Emissor

UF

CPF

Data de Nascimento

Idade

Cor/Raça Branca Preta Parda Amarela Indígena

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF

Código Município

Município

CEP

DDD

Telefone

Ponto de Referência

Escolaridade

Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?

Sim, mama direita

Sim, mama esquerda

Não

2 - Apresenta risco elevado* para câncer de mama?

Sim

Não

Não sabe

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?

Sim

Nunca foram examinados anteriormente.

4 - Fez mamografia alguma vez?

Sim. Quando fez a última mamografia?

Não

Não sabe

* Risco elevado são:

Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:

- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;

Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;

Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, endereço e nome da mãe do paciente preenchidos.

Item 13

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIMENTA

CNPJ: 10.449.004/0001-05



AVENIDA JK, 395 - CENTRO
TEL/FAX: (37) 3324-1305 - 3324-1546

**COMUNICAÇÃO
INTERNA**

De:

Para:

Assunto:

Data:

Protocolado em:

- URGENTE Favor avisar-me Conforme conversa Para sua informação
 Conforme pedido P/ sua aprovação P/ suas providências Favor devolver

Assinatura:

Sum 14

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF CNES da Unidade de Saúde N° Protocolo (n° gerado automaticamente pelo SISCAN)
Unidade de Saúde
Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*
Nome Completo da Mulher*
Nome Completo da Mãe*
CPF Apellido da Mulher Nacionalidade
Data de Nascimento* Idade Raça/cor
Dados Residenciais
Lagradouro
Número Complemento Bairro UF
Código do Município Município
CEP DDD Telefone
Ponto de Referência
Escolaridade: Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*
2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*
3. Usa DIU?*
4. Está grávida?*
5. Usa pílula anticoncepcional?*
6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*
7. Já fez tratamento por radioterapia?*
8. Data da última menstruação / regra:*
9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*
10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*

EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo*
12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.

Data do coleta* Responsável*

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório*

Número do Exame*

Nome do Laboratório*

Recebido em:*

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Avaliação por Análise

AMOSTRA REJEITADA POR:

- Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
- Lâmina danificada ou ausente
- Causas alheias ao laboratório; especificar: _____
- Outras causas; especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA: *

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

Adequação da amostra*

- Satisfatória
- Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:
 - Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
 - Sangue em mais de 75% do esfregaço
 - Plócitos em mais de 75% do esfregaço
 - Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço
 - Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
 - Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
 - Outras; especificar: _____

diagnóstico descritivo

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

- Sim Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- Inflamação
- Metaplasia escamosa imatura
- Reparação
- Atrofia com inflamação
- Radiação _____
- Outros; especificar: _____

microbiologia

- Lactobacillus sp
- Cocos
- Sugestivo de Chlamydia sp
- Actinomyces sp
- Candida sp
- Trichomonas vaginalis
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes
- Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)
- Outros bacilos _____
- Outros; especificar: _____

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

- Escamosas:
 - Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
 - Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)
- Glandulares:
 - Possivelmente não neoplásicas
 - Não se pode afastar lesão de alto grau
- De origem indefinida:
 - Possivelmente não neoplásicas
 - Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- Carcinoma epidermóide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- Adenocarcinoma "in situ"
- Adenocarcinoma invasor:
 - Cervical
 - Endometrial
 - Sem outras especificações

- OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____
- PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: _____

Screening pelo citotécnico:

Responsável*

Data do Resultado*

____/____/____



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
 SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
FICHA DE VISITA DOMICILIAR

Dem 14

LOCALIDADE: _____ CATEGORIA: _____ QUART.: _____ Nº CASA: _____

COORD. REG.:		MINAS GERAIS		DISTR. SANITARIO:		PASSOS		MUNICIPIO:		PIMENTA				
DATA	PROG.	TIPO ATIV. Nº	EXECUTADO POR	VISTO	DATA	PROG.	TIPO ATIV. Nº	EXECUTADO POR	VISTO	DATA	PROG.	TIPO ATIV. Nº	EXECUTADO POR	VISTO

© TIPOGRAFIA E OFF SET PAULIS LTDA. - TELEFAX: (97) 3322-1032

Item 17

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS OU CPF DO CIDADÃO: _____
CNS
CPF

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? Sim Não

CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR: _____
CNS
CPF

MICROÁREA* _____ FA

NOME COMPLETO:* _____

NOME SOCIAL: _____ **DATA DE NASCIMENTO:*** ____/____/____ **SEXO:*** F M

RAÇA/COR:* Branca Preta Parda Amarela Indígena **Etnia:**** _____ **Nº NIS (PIS/PASEP)** _____

NOME COMPLETO DA MÃE:* _____ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:* _____ Desconhecido

NACIONALIDADE:* Brasileira Naturalizado Estrangeiro **PAÍS DE NASCIMENTO:**** _____ **DATA DE NATURALIZAÇÃO:**** ____/____/____

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:** _____ **MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**** _____

DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** ____/____/____ **TELEFONE CELULAR: ()** _____ **E-MAIL:** _____

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

Cônjuge/Companheiro(a) Filho(a) Entead(a) Neto(a)/Bisneto(a)

Pai/Mãe Sogro(a) Irmão/Irmã Genro/Nora Outro parente Não parente

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* Sim Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

Creche Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)

Pré-escola (exceto CA) Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)

Classe de Alfabetização - CA Ensino Médio Especial

Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries Ensino Médio EJA (Supletivo)

Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado

Ensino Fundamental Completo Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)

Ensino Fundamental Especial Nenhum

Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

Empregador

Assalariado com carteira de trabalho

Assalariado sem carteira de trabalho

Autônomo com previdência social

Autônomo sem previdência social

Aposentado/Pensionista

Desempregado

Não trabalha

Servidor público/militar

Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? Adulto Responsável Outra(s) Criança(s) Adolescente Sozinha Creche Outro

FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? Sim Não **PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO?** Sim Não **POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO?** Sim Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? Sim Não **SE SIM, QUAL?** _____

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? Sim Não

SE SIM, QUAL? Heterossexual Bissexual Outra Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? Sim Não

SE SIM, QUAL? Homem transexual Travesti Mulher transexual Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?* Sim Não

SE SIM, QUAL(S)? Auditiva Intelectual/Cognitiva Outra Visual Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

Mudança de território Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE: Data do óbito:** ____/____/____ Número da D.O.: _____

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

ESTÁ GESTANTE? Sim Não

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? Abaixo do Peso Peso Adequado Acima do Peso

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? Sim Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** Asma DPOC/Enfisema Outra Não Sabe

ESTÁ FUMANTE? Sim Não

FAZ USO DE ÁLCOOL? Sim Não

ESTÁ COM HANSENÍASE? Sim Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? Sim Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE? Sim Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? Sim Não

TEM OU TEVE CÂNCER? Sim Não

TEM DIABETES? Sim Não

TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? Sim Não
SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____

TEVE AVC/DERRAME? Sim Não

TEVE INFARTO? Sim Não

TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? Sim Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** Insuficiência Cardíaca Outra Não Sabe

ESTÁ ACAMADO? Sim Não

ESTÁ DOMICILIADO? Sim Não

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** Insuficiência Renal Outro Não Sabe

USA PLANTAS MEDICINAIS? Sim Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? Sim Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE _____
1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* Sim Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? < 6 meses 6 a 12 meses 1 a 5 anos > 5 anos

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? Sim Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? Sim Não

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? Sim Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? Sim Não

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? 1 vez 2 ou 3 vezes mais de 3 vezes

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? Restaurante Popular Doação Restaurante Outras Doação Grupo Religioso Doação de Popular

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? Sim Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** Banho Acesso ao Sanitário Higiene Bucal Outras

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

* Campo obrigatório

** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL *	CBO *	CNES *	INE *	DATA : *
_____	_____	_____	_____	/ /

TURNO * <input type="radio"/> (M) <input type="radio"/> (T) <input type="radio"/> (N)	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Saúde	CNS DO PROFISSIONAL	CBO ***
LOCAL DE ATIVIDADE		_____	_____ - _____
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE) ***	CNES	_____	_____ - _____
_____	_____	_____	_____ - _____
OUTRA LOCALIDADE :		_____	_____ - _____
Nº DE PARTICIPANTES *	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	_____	_____ - _____
_____	_____	_____	_____ - _____

ATIVIDADE (opção única) *	TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla) ***
<input type="radio"/> 01 Reunião de equipe	<input type="checkbox"/> 01 Questões administrativas/Funcionamento
<input type="radio"/> 02 Reunião com outras equipes de saúde	<input type="checkbox"/> 02 Processos de trabalho
<input type="radio"/> 03 Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social	<input type="checkbox"/> 03 Diagnóstico do território/Monitoramento do território
	<input type="checkbox"/> 04 Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
	<input type="checkbox"/> 05 Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
	<input type="checkbox"/> 06 Educação Permanente
	<input type="checkbox"/> 07 Outros

ATIVIDADE (opção única) *		PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)		TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)		PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)	
<input type="checkbox"/> 04 Educação em saúde	<input type="checkbox"/> 01 Comunidade em geral	<input type="checkbox"/> 01 Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i>	<input type="checkbox"/> 01 Antropometria				
<input type="checkbox"/> 05 Atendimento em grupo	<input type="checkbox"/> 02 Criança 0 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 02 Agravos negligenciados	<input type="checkbox"/> 02 Aplicação tópica de flúor				
<input type="checkbox"/> 06 Avaliação/Procedimento coletivo	<input type="checkbox"/> 03 Criança 4 a 5 anos	<input type="checkbox"/> 03 Alimentação saudável	<input type="checkbox"/> 03 Desenvolvimento da linguagem				
<input type="checkbox"/> 07 Mobilização social	<input type="checkbox"/> 04 Criança 6 a 11 anos	<input type="checkbox"/> 04 Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 04 Escovação dental supervisionada				
	<input type="checkbox"/> 05 Adolescente	<input type="checkbox"/> 05 Cidadania e direitos humanos	<input type="checkbox"/> 05 Práticas corporais e atividade física				
	<input type="checkbox"/> 06 Mulher	<input type="checkbox"/> 06 Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas	<input type="checkbox"/> 06 PNCT Sessão 1				
	<input type="checkbox"/> 07 Gestante	<input type="checkbox"/> 07 Envelhecimento/climatério/andropausa/etc	<input type="checkbox"/> 07 PNCT Sessão 2				
	<input type="checkbox"/> 08 Homem	<input type="checkbox"/> 08 Plantas medicinais/fitoterapia	<input type="checkbox"/> 08 PNCT Sessão 3				
	<input type="checkbox"/> 09 Familiares	<input type="checkbox"/> 09 Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	<input type="checkbox"/> 09 PNCT Sessão 4				
	<input type="checkbox"/> 10 Idoso	<input type="checkbox"/> 10 Saúde ambiental	<input type="checkbox"/> 10 Saúde auditiva				
	<input type="checkbox"/> 11 Pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 11 Saúde bucal	<input type="checkbox"/> 11 Saúde ocular				
	<input type="checkbox"/> 12 Usuário de tabaco	<input type="checkbox"/> 12 Saúde do trabalhador	<input type="checkbox"/> 12 Verificação da situação vacinal				
	<input type="checkbox"/> 13 Usuário de álcool	<input type="checkbox"/> 13 Saúde mental	<input type="checkbox"/> 13 Outras				
	<input type="checkbox"/> 14 Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/> 14 Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/> 14 Outro procedimento coletivo Código do SIGTAP _____				
	<input type="checkbox"/> 15 Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	<input type="checkbox"/> 15 Semana saúde na escola					
	<input type="checkbox"/> 16 Profissional de educação	<input type="checkbox"/> 16 Outros					
	<input type="checkbox"/> 17 Outros						

Obrigatório somente para antropometria

Nº	CNS DO CIDADÃO ***	DATA DE NASCIMENTO **	SEXO **	AVALIAÇÃO ALTERADA	PESO (kg)	ALTURA (cm)	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
							Cessou o hábito de fumar	Abandonou o grupo
1		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 * Campo obrigatório
 ** Campo obrigatório ao informar lista de participantes
 *** Campo com obrigatoriedade condicionada

N°		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
PROCEDIMENTO (Quantidade realizada)	Profiliax / remoção da placa bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pulpomia dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Radigrafia Periapical / Interproximal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem alisamento e polimento subgingivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem alessamento subgingivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente decíduo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente permanente anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente permanente posterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Selamento provisório de cavidade dentaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento de alveolite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ulotomia / Ulectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Outros (SIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FORNECIMENTO	Escova Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Creme Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fio Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONDUTA*	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ Outros Profissionais AB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ Grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento Concluído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Encaminhamento	Atendimento à Pacientes c/ necessidades especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Cirurgia BMF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Endodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Estomatologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Implantodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Odontopediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ortodontia/ Ortopedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periodontia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prótese Dentária		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiologia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Legenda: Opção Múltipla de escolha Opção única de Escolha (Marcar X na opção desejada)
Local de Atendimento: 01 - UBS 02- Unidade Móvel 03- Rua 04- Domicílio 05- Escola/Creche 06- Outros 07- Polo (Academia da Saúde) 08- Instituição / Abrigo
09- Unidade prisional ou congêneres 10- Unidade socioeducativa
*Compo Obrigatório
** Este campo não é obrigatório caso o tipo de atendimento for de demanda espontânea

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CNES
----------------------------------	------

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PROFISSIONAL
CBO	MÊS/ANO
EQUIPE	FOLHA

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE					
SEXO Masc. Fem.	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO			
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL			

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ	
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	Nº DA AUTORIZAÇÃO

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE					
SEXO Masc. Fem.	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO			
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL			

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ	
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	Nº DA AUTORIZAÇÃO

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE					
SEXO Masc. Fem.	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO			
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL			

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ	
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	Nº DA AUTORIZAÇÃO

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
CARIMBO RUBRICA

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL
RUBRICA

DATA / /

DATA / /



FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR: DATA: / /
CONFERIDO POR: FOLHA Nº:

Jun 95

CNS DO PROFISSIONAL *
CBO *
CNeS *
INe *
Data: * / /

Table with columns for TURNO*, MICROÁREA*, TIPO DE IMÓVEL*, Nº PRONTUÁRIO and 23 numbered columns for data entry.

CNS do cidadão
(para visita periódica ou visita domiciliar para controle
vetorial, usar o CNS do responsável familiar)

Data de nascimento **
Dia/mês
Ano

Sexo ** (F) Feminino (M) Masculino
Visita compartilhada com outro profissional

Cadastramento/Atualização
Visita periódica

Motivo da visita *
Busca ativa
Consulta
Exame
Vacina
Condicionalidades do Bolsa Família
Gestante
Puerpera
Recém-nascido
Criança
Pessoa com desnutrição

Table with 23 columns for data entry corresponding to the visit reasons listed in the previous block.

Motivo da visita *		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Acompanhamento	Pessoa em reabilitação ou com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com DPOC/enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com outras doenças crônicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sintomáticos respiratórios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tabagista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Domiciliados/Acamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Condições de vulnerabilidade social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Condiionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
controle ambiental/veicular	Ação educativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Imóvel com foco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ação mecânica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento focal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Egresso de Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Convite atividades coletivas/campanha de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Orientação/prevenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antropometria	Peso (kg)																							
	Altura (cm)																							
Destino *	Visita realizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Visita recusada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
Microárea: usar Fa para Fora de Área ou 00 a 99 para o número da microárea.
Tipo de imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros
campo L: campo numérico
* campo obrigatório
** campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família

16010

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTA - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHÁRIO ROTATIVO PARA AS COLETAS DE EXAME CITOPTOLÓGICO E MAMOGRAFIA

Nome da Paciente: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Data de Nasc: ____/____/____ Agente de Saúde Responsável: _____

Data da Última Coleta do Preventivo	Resultado	Responsável pela Coleta	Data da Última Mamografia	Resultado	Responsável pela Solicitação do Exame

Dem 28

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome:	_____
CRM:	_____ UF: _____
Endereço:	_____
Cidade:	_____ UF: _____
Fone:	_____

1ª Via - Farmácia
2ª Via - Paciente

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	_____
Ident.:	_____ Órg. Emissor: _____
Endereço:	_____
Cidade:	_____ UF: _____
Fone:	_____

Carimbo / Assinatura	
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	Data: ____/____/____

Item 40

e- SUS Atenção Básica	FICHA DE PROCEDIMENTOS	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	TURNO	DATA: / /
				M T N	

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nº PRONTUÁRIO												
Nº CARTÃO SUS												
Data de nascimento	Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Ano											
Sexo	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	
Local de Atendimento												
Escuta Inicial / Orientação												
Procedimentos / Pequenas Cirurgias	Acupuntura com Inserção de Agulhas											
	Administração de Vitamina A											
	Cateterismo Vesical de Alívio											
	Cauterização Química de Pequenas Lesões											
	Cirurgia de Unha (Cantoplastia)											
	Cuidado de Estomas											
	Curativo Especial											
	Drenagem de Abscesso											
	Eletrocardiograma											
	Exame Citopatológico de Colo Uterino											
	Exame do Pé Diabético											
	Exérese / Biópsia / Punção de Tumores Superficiais de Pele											
	Fundoscopia (Exame de Fundo de Olho)											
	Infiltração em Cavidade Sinovial											
	Remoção de Corpo Estranho da Cavidade Auditiva e Nasal											
	Remoção de Corpo Estranho Subcutâneo											
	Retirada de Cerume											
	Retirada de Pontos de Cirurgias											
	Sutura Simples											
	Triagem Oftalmológica											
	Tamponamento de Epistaxe											
	Teste Rápido	De Gravidez										
		Dosagem de Proteinúria										
		Para HIV										
		Para Hepatite C										
Para Sífilis												
Administração de Medicamentos	Oral											
	Intramuscular											
	Endovenosa											
	Inalação / Nebulização											
Tópica												
Penicilina para Tratamento de Sífilis												
Outros (SIA)												

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Procedimentos outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Procedimentos Consolidados

Total no Período	Aferição de PA	<input type="text"/>
	Aferição de Temperatura	<input type="text"/>
	Curativo Simples	<input type="text"/>
	Coleta de material para Exame Laboratorial	<input type="text"/>
	Glicemia Capilar	<input type="text"/>
	Medição de altura	<input type="text"/>
	Medição de Peso	<input type="text"/>

Local de atendimento: 01 - UBS 02 Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola / Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia de Saúde) 08 - Instituição / Abrigo
 09 - Unidade Prisional ou Congêneres 10 - Unidade Sócio educativa
 *Campo Obrigatório



SUS

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MUNICIPAL REGINA VILELA DE OLIVEIRA

2 - CNES

2 | 1 | 6 | 8 | 6 | 2 | 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

Masc. 1

Fem. 3

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Item 46



MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

CNS OU CPF DO CIDADÃO:

Nome do Cidadão:*

Data de nascimento:*

Sexo:*

Feminino Masculino

Local de Atendimento:*

DE 6 MESES

CRIANÇAS MENORES**

- A criança ontem tomou leite do peito? Sim Não Não Sabe
- Ontem a criança consumiu:
 - Mingau Sim Não Não Sabe
 - Água/chá Sim Não Não Sabe
 - Leite de vaca Sim Não Não Sabe
 - Fórmula infantil Sim Não Não Sabe
 - Suco de fruta Sim Não Não Sabe
 - Fruta Sim Não Não Sabe
 - Comida de sal (de panela, papa ou sopa) Sim Não Não Sabe
 - Outros alimentos/bebidas Sim Não Não Sabe

DE 6 A 23 MESES**

CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**

- A criança ontem tomou leite do peito? Sim Não Não Sabe
- Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada? Sim Não Não Sabe
- Se sim, quantas vezes? 1 vez 2 vezes 3 vezes ou mais Não Sabe
- Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)? Sim Não Não Sabe
- Se sim, quantas vezes? 1 vez 2 vezes 3 vezes ou mais Não Sabe
- Se sim, essa comida foi oferecida: Em pedaços Amassada Passada na peneira Liquidificada Só o caldo Não Sabe
- Ontem a criança consumiu:
 - Outro leite que não o leite do peito Sim Não Não Sabe
 - Mingau com leite Sim Não Não Sabe
 - Iogurte Sim Não Não Sabe
 - Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame) Sim Não Não Sabe
 - Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda) Sim Não Não Sabe
 - Verdura de folha (alface, acelga, repolho) Sim Não Não Sabe
 - Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo Sim Não Não Sabe
 - Fígado Sim Não Não Sabe
 - Feijão Sim Não Não Sabe
 - Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo) Sim Não Não Sabe
 - Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) Sim Não Não Sabe
 - Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) Sim Não Não Sabe
 - Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados Sim Não Não Sabe
 - Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) Sim Não Não Sabe

DE 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS**

CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS**

- Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular? Sim Não Não Sabe
- Quais refeições você faz ao longo do dia? Café da manhã Lanche da manhã Almoço Lanche da tarde Jantar Ceia
- Ontem, você consumiu:
 - Feijão Sim Não Não Sabe
 - Frutas frescas (não considerar suco de frutas) Sim Não Não Sabe
 - Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame) Sim Não Não Sabe
 - Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) Sim Não Não Sabe
 - Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) Sim Não Não Sabe
 - Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados Sim Não Não Sabe
 - Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) Sim Não Não Sabe

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

*Campo obrigatório

**Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

Item 47

CARTÃO DE AGENDAMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTA
SECRETARIA DE SAÚDE

Atendimento: _____

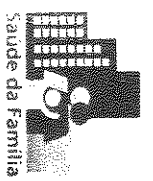
Local: _____ Tel.: _____

Profissional: _____

Paciente: _____

DATA	HORA	VISTO

Item 50



UNIDADE DE SAÚDE JOSÉ DO SABININHO - JK
AV. ARISTIDES GARCIA LEÃO, 321 - JK - (37) 3324-1283

AVISO DE AGENDAMENTO DE CONSULTAS E EXAMES

Prezado (a): _____ seu / sua _____

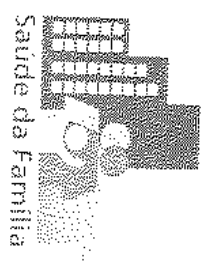
foi agendado para o dia ____ / ____ / ____ às _____

horas, na cidade de _____ no local _____

Favor procurar a Unidade de Saúde até o dia ____ / ____ / ____ para retirar o agendamento.

SECRETARIA DE SAÚDE - PIMENTA - 2010

Edna S1



Saúde da Família

UNIDADE DE SAÚDE EDNA DOMINGOS - SANTO ANTÔNIO

OSVALDO CRUZ, 17 - CENTRO - (37) 3324-2152

AVISO DE AGENDAMENTO DE CONSULTAS E EXAMES

Prezado (a):

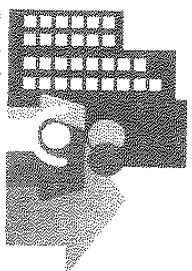
_____ seu / sua

_____ foi agendado para o dia ____/____/____, às

_____ horas, na cidade de _____ no local

Favor procurar a Unidade de Saúde até o dia ____/____/____ para
retirar o agendamento.

Form 00762



Saúde da Família

UNIDADE DE SAÚDE-LINDOLIVA ROSA DE JESUS

Rua São Paulo, 245 - Santa Rita - Pimenta/MG - Tel.: (37) 3324-1790

AVISO DE AGENDAMENTO DE CONSULTAS E EXAMES

Prezado (a): _____ seu / sua

_____ foi agendado para o dia ____ / ____ / ____ , às ____

horas, na cidade de _____ no local _____

Favor procurar a Unidade de Saúde até o dia ____ / ____ / ____ para retirar o agendamento.

Item 100



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIMENTA

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS I

Avenida Aristides Garcia Leão, 203 - J.K - Fone: (37) 3324-2030

RECEITUÁRIO

Procure a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência ou a Unidade de Referência indicada em seu cartão caso apareça um ou mais dos seguintes SINAIS DE ALERTA:

- Melhorar súbita da febre alta até o 5º dia
- Vômitos frequentes ou com sangue
- Dor muito forte na barriga
- Dificuldade de respirar
- Sangramento de nariz, boca ou outros tipos de hemorragias
- Agitação ou muita sonolência
- Tontura quando muda de posição (deitar/sentar/levantar)
- Suor frio
- Diminuição do volume da urina
- Pontos ou manchas vermelhas ou roxas na pele

Recomendações:

- Tomar muito líquido: água, suco de frutas, soro caseiro, sopas, leite, chá e água de coco
- Permanecer em repouso
- As mulheres com dengue devem continuar a amamentação

Soro caseiro
Sal de cozinha _____ 1 colher de café
Açúcar _____ 2 colheres de sopa
Água potável _____ 1 litro

Unidade de Referência

Sumi ML



**CARTÃO DO USUÁRIO
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL - DENGUE**

Nome (completo): _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Unidade de Saúde

Apresente este cartão sempre que retornar à Unidade de Saúde

Data do início dos sintomas ____ / ____ / ____

Notificação Sim Não

1ª Coleta de Exames

Hematócrito em ____ / ____ Resultado: _____ %
 Plaquetas em ____ / ____ Resultado: _____ .000 mm³
 Sorologia em ____ / ____ Resultado: _____

Controle Sinais Vitais

	1.º dia	2.º dia	3.º dia	4.º dia	5.º dia	6.º dia	7.º dia
PA mmHg (em pé)							
PA mmHg (deitado)							
Temp Axilar °C							

2ª Coleta de Exames

Hematócrito em ____ / ____ Resultado: _____
 Plaquetas em ____ / ____ Resultado: _____ .00
 Sorologia em ____ / ____ Resultado: _____
3ª Coleta de Exames
 Hematócrito em ____ / ____ Resultado: _____
 Plaquetas em ____ / ____ Resultado: _____ .00
 Sorologia em ____ / ____ Resultado: _____

Informações complementares

R. Leon 400

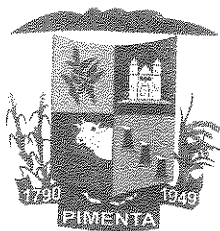
Atesto que fui informado (a) sobre a minha _____
_____, agendada para o dia ____/____/____ às ____
horas na cidade _____ no local _____

Assumo total responsabilidade de procurar a Secretaria de
Saúde de Pimenta no dia ____/____/____ após as 13 horas
em horário comercial para verificar se haverá transporte,
horário e o local de saída deste município.

Pimenta, ____/____/____

Ass. Paciente/Responsável: _____

Item 107



ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 10.449.004/0001-05

Av. JK, 396 - Fones: (37) 3324-1546 / 3324-1057
Fax: (37) 3324-1200 - Dpto. Municipal de Saúde

**TERMO DE CONHECIMENTOS DE RISCO E CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO
PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO MENORES DE 55 ANOS DE IDADE**

(a ser preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente maior de 21 anos de idade ou pelo responsável quando o paciente tiver idade inferior a 21 anos)



1. Informe-i à paciente que o produto:

- Isotretinoína
 Tretinoína
 Acitretina

Têm altíssimo risco de causar defeitos congênitos graves no corpo do bebê se for consumido pela mãe durante a gravidez, já nasceram mais de 250 bebês com graves deformações na fase, orelhas, coração ou sistema nervoso de vidro ao uso destas substâncias.

2. Se o remédio prescrito é a isotretinoína, informe-i que a única indicação aprovada para esta substância é "acne nódulo-cística ou conglobata, não responsiva a outros tratamentos", ou seja, pode ser utilizado apenas na forma mais grave de acne que deixa cicatrizes profundas na pele e não melhora com outros tratamentos. Não deve ser usados em formas mais simples de acne, devido aos sérios riscos acima mencionados.

3. Explique-i que, como estes remédios ficam no corpo durante algum tempo após o tratamento, e podem causar defeitos em bebês mesmo quando a ela já terminou o tratamento, ela deve guardar os seguintes períodos antes de tentar engravidar após o terminar o tratamento com:

- Isotretinoína ou Tretinoína: esperar 2 meses
 Acitretina: Esperar 3 anos

4. Realizei um teste de gravidez de alta sensibilidade (que detecta gravidez desde o primeiro dia de atraso menstrual):

Data do teste _____ Resultado _____

5. Recomende-i aguardar o início da próxima menstruação para recomençar o tratamento.

6. Certifique-i-me que ela está utilizando um método para evitar a gravidez altamente eficaz (recomenda-se abstinência total, dispositivo intra-uterino-DIU-com cobre, anticoncepcional injetável, ou, no caso de mulheres que já tem filhos, são maiores de 30 anos e não desejam engravidar mais, laqueadura tubária)

Método anticoncepcional em uso _____ data de início: _____

7. Solicite-i à paciente que me mantenha sempre informado sobre as reações adversas à medicação, ou sobre qualquer problema com a anticoncepção durante o tratamento, retornando à consulta periodicamente conforme estabelecido.

8. Informe-i à paciente que caso venha a suspeitar que esteja grávida, deverá parar imediatamente o tratamento e me procurar.

9. Comunique-i imediatamente ao fabricante a ocorrência que qualquer efeito colateral grave ou não esperado, bem, como a ocorrência de gravidez exposta durante o tratamento ou em prazos inferiores aos previstos no item 3, após tratamento.

A Ser Preenchido Pelo Paciente

Eu, _____, Carteira de identidade número _____ Órgão Expedidor _____, residente na rua _____, Cidade _____, Estado _____, e telefone para contato _____, recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou receber e declaro que entendi as orientações prestadas. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura _____

Nome e Assinatura do responsável caso o paciente seja menor de 21 anos:

Nome _____

Assinatura _____

R.G. do Responsável _____ Data e Assinatura do

Médico _____

Dem 1/4

Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____
Val.: / /	Val.: / /	Val.: / /	Val.: / /
Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____
1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Reforço

DUPLA ADULTO (CONTRA TÊTANO E DIFTERIA)

TELEFONE: _____
MUNICÍPIO: _____ UF: _____
ENDEREÇO: _____
DATA DE NASCIMENTO: / /
TIPO SANGÜÍNEO: _____
NOME: _____

CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

Secretaria Municipal da Saúde de Minas Gerais
 Superintendência de Atenção à Saúde
 Coordenação de Imunização



OUTRAS VACINAS

1ª Dose	2ª Dose
_____	_____
Val.: / /	Val.: / /
Lote: _____	Lote: _____
Ass.: _____	Ass.: _____

OUTRAS VACINAS

1ª Dose	2ª Dose
_____	_____
Val.: / /	Val.: / /
Lote: _____	Lote: _____
Ass.: _____	Ass.: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____ CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS

Nº DO PRONTUÁRIO: _____ NOME DO PACIENTE: _____

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ SEXO: M F DATA DE NASCIMENTO: _____ NACIONALIDADE: _____

RAÇA/COR: _____ ETNIA INDIGENA: _____ NOME DA MÃE: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____ MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____ UF: _____

CÓD. IBGE MUNICÍPIO: _____ CEP DE RESIDÊNCIA: _____ ENDEREÇO (RUA, NÚMERO): _____

COMPLEMENTO: _____ TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: _____ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____

DADOS DO ATENDIMENTO

DATA DE ADMISSÃO: _____ MÊS ATENDIMENTO: _____ NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO: _____

Usuário de Alcool e/ou Outras Drogas? NÃO SIM Em caso positivo marque uma ou mais alternativas: Alcool Crack Outras Drogas

ORIGEM DO PACIENTE: Demanda Espontânea Atenção Básica Serviço de Urgência Outro CAPS Hospital Geral Hospital Psiquiátrico

CID10 PRINCIPAL: _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____

CID10 CAUSAS ASS: _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS: _____

EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA? SIM NÃO CNES: _____

ENCAMINHAMENTO: Continuidade do Acompanhamento em outro CAPS Continuidade do acompanhamento na Atenção Básica Alta Óbito DATA DE CONCLUSÃO: _____

AÇÕES REALIZADAS

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
_____	_____	_____	_____	_____
CBO DO EXECUTANTE: _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
_____	_____	_____	_____	_____
CBO DO EXECUTANTE: _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
_____	_____	_____	_____	_____
CBO DO EXECUTANTE: _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
_____	_____	_____	_____	_____
CBO DO EXECUTANTE: _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
_____	_____	_____	_____	_____
CBO DO EXECUTANTE: _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
_____	_____	_____	_____	_____
CBO DO EXECUTANTE: _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território

ações realizadas

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Roteiro de Investigação de Acidente de Trabalho Grave

1. DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Unidade de Saúde Notificadora

Município de Notificação:

Data da Notificação:

Número da Notificação:

2. DADOS DO TRABALHADOR ACIDENTADO

Nome:

Sexo: M F

Data de Nascimento

Idade:

Estado Civil:

Solteiro Casado Viuvo

Nível de Escolaridade:

Situação no Mercado de Trabalho:

- Analfabeto
 1º Grau Completo
 2º Grau Completo
 Superior Completo

- 1º Grau Incompleto
 2º Grau Incompleto
 Superior Incompleto
 Empregado registrado com carteira de trabalho
 Empregado não registrado
 Autônomo/conta própria
 Servidor público estatutário
 Servidor público celetista
 Aposentado
 Desempregado
 Trabalho temporário
 Cooperativado
 Trabalhador avulso
 Empregador

Endereço:

Bairro:

Município:

CEP:

Telefone:

Ocupação:

Tempo de trabalho na ocupação:

Data da Admissão:

Tempo de trabalho na empresa:

3. DADOS DA EMPRESA

Nome:			CNPJ:	
Endereço:			Bairro:	
Município:		CEP:	Telefone:	
Ramo de atividade (CNAE):				
É empresa terceirizada: () Sim () Não OBS.: Se sim preencher os dados da empresa principal				
Nome:			CNPJ:	
Endereço:			Bairro:	
Município:		CEP:	Telefone:	
Ramo de atividade (CNAE):				

4. DADOS DO ACIDENTE

Sector da Empresa ou local onde ocorreu o acidente:

Data do Acidente:	_____ / _____ / _____	Hora do acidente:	_____	Após quantas horas trabalhadas:	_____
Tipo de Acidente:	() Típico () Trajeto	Atividade no momento do acidente:			

Houve Treinamento:	() Sim () Não	Treinamento Comprovado?	() Sim () Não	Foi emitida CAT?	() Sim () Não () Não se aplica
--------------------	-----------------	-------------------------	-----------------	------------------	-----------------------------------

No momento do acidente o trabalhador utilizava Equipamento de Proteção Individual (EPI)?	() Sim () Não () Não se aplica	Havia dificuldades do trabalhador em realizar a tarefa?	() Sim () Não	A atividade realizada pelo trabalhador no momento do acidente era:	() Rotineira () Nova () Infrequente () Conhecida, porém usando recursos ou meios não habituais.
Se não, qual o motivo o trabalhador não utilizava o EPI?					



MS - HIPERTENSÃO
PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
A HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO

(1) Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde

Código SIAS/SUS ou CNES (EAS)

Nº	Identificação do Paciente (*) <small>(Preencher com Nº do Cartão SUS ou Cartão Previdência SUS. Não possuir CNES ou Nº Cartão Previdência SUS, registrar o Nº do Protocolo e Nome Completo do paciente)</small>	Diabético com Hipertensão (Preencher com X)	Verificar a cada consulta (Preencher com valor) (*)			Presença de Complicações (Preencher com X, para existência de complicações) (*)								Tratamento para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (*)						Exames (*)		
			Peso (Kg)	Pressão Arterial Sistólica	Diastólica	Glicemia Capilar Plasmática	Não Existe Complicações	Angina	IAM	AVC	Pé Diabético	Amputação	Doença Renal	Fundo de Olho alterado	Não Medicamentoso (Preencher com X)						Realização Trimestral (Marcar X)	
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						

(*) Responsável pelo atendimento

(*) Assinatura

(*) Data da Consulta

Legenda:
 (*) Campos de preenchimento obrigatório. No caso de não Medicamentosos, não preencher os demais campos de tratamento, com exceção do campo Outros Medicamentos para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
 (**) Marcar com X quando receber o resultado.

Ficha de Identificação do Perfil Ocupacional Familiar

01 - Dados Gerais da Família

Nº Cadastro da Família:	Nº moradores:	Nº pessoas em idade ativa:	Equipe:	Microáreas:
-------------------------	---------------	----------------------------	---------	-------------

1.1. Há atividade produtiva no domicílio: () Não () Sim, Qual? () Formal () Informal

Caso exista mais de uma atividade produtiva no domicílio preencher: Qual? () Formal () Informal

Qual? () Formal () Informal

No domicílio manipula para comercialização: () Produtos químicos () Produtos de Beleza () Alimentos

Possui plantação de horta e/ou pomar no terreno do domicílio ou anexo? () Não () Sim () Para consumo próprio () Para venda

02 - Dados Individuais de Trabalhadores

Nome:	Ocupação - Descrição
-------	----------------------

Contribui para a Previdência? Situação no mercado de trabalho: () Formal () Informal

() Sim () Não () Desempregado () Empregado () Servidor Público/Militar

Carteira assinada? () Sim () Não () Autônomo/Conta Própria () Biscateiro/Informal () Outras

Tem outra ocupação? () Sim () Não Se Sim, Qual?

A Segunda ocupação é: () Formal () Informal Se for informal, é realizada: () Dentro do domicílio () Fora do domicílio

Nome: Ocupação - Descrição

Contribui para a Previdência? Situação no mercado de trabalho:

() Sim () Não () Desempregado () Empregado () Servidor Público/Militar

Carteira assinada? () Sim () Não () Autônomo/Conta Própria () Biscateiro/Informal () Outras

Tem outra ocupação? () Sim () Não Se Sim, Qual?

A Segunda ocupação é: () Formal () Informal Se for informal, é realizada: () Dentro do domicílio () Fora do domicílio

Nome: Ocupação - Descrição

Contribui para a Previdência? Situação no mercado de trabalho:

() Sim () Não () Desempregado () Empregado () Servidor Público/Militar

Carteira assinada? () Sim () Não () Autônomo/Conta Própria () Biscateiro/Informal () Outras

Tem outra ocupação? () Sim () Não Se Sim, Qual?

A Segunda ocupação é: () Formal () Informal Se for informal, é realizada: () Dentro do domicílio () Fora do domicílio

Nome: Ocupação - Descrição

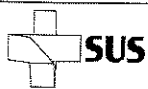
Contribui para a Previdência? Situação no mercado de trabalho:

() Sim () Não () Desempregado () Empregado () Servidor Público/Militar

Carteira assinada? () Sim () Não () Autônomo/Conta Própria () Biscateiro/Informal () Outras

Tem outra ocupação? () Sim () Não Se Sim, Qual?

A Segunda ocupação é: () Formal () Informal Se for informal, é realizada: () Dentro do domicílio () Fora do domicílio



Estado de Santa Catarina
Ministério da Saúde

LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

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 _____ 8 - RAÇA/COR _____

Masc. Fem.

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

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

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 _____



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIMENTA

CNPJ: 10.449.004/0001-05

AV. JK, 395 - CENTRO TEL / FAX: (37) 3324-1309

CENTRO AUDIOLÓGICO

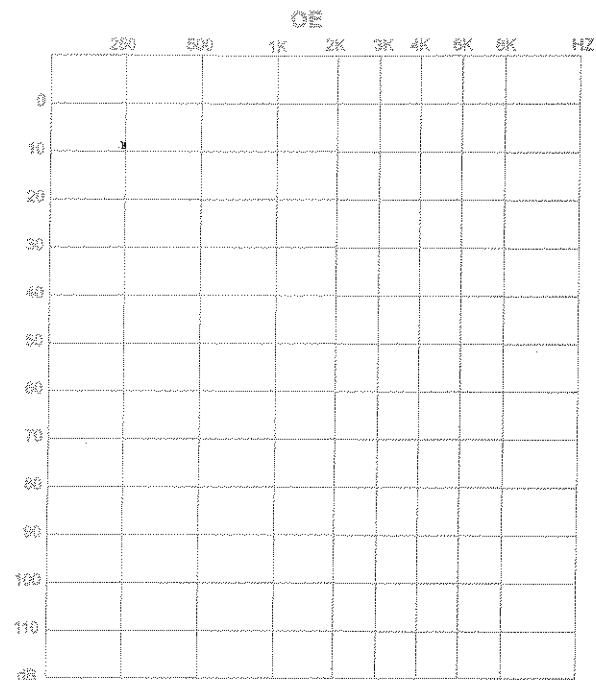
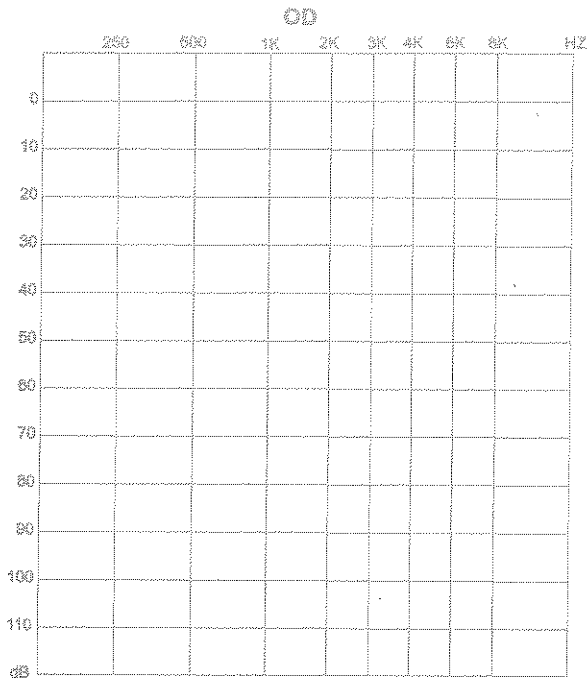
Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Est. Civil: _____ Nasc: _____

Profissão: _____ Data: ____ / ____ / ____

Endereço: _____ Fone: _____

Encaminhado por: _____ Fonoaudiólogo(a): _____



Masc. V.A. _____
V.O. _____

Masc. V.A. _____
V.O. _____

SRT

OD	
OE	

	500	1.000	2.000	4.000	HZ
OD					OE

DISCRIMINAÇÃO AUDITIVA:

		%	dB	MASC
OD	M			
	D	%	dB	
OE	M	%	dB	MASC
	D	%	dB	

Exame realizado em cabine audiométrica, conforme portaria Nr 24 da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, de 29 de dezembro de 1994, Nr7
Audiométrico: AC33

Calibrated per ANSI S3.6 - 1989, S3.26 - 1981
Calibrated per IEC 645 - 1979
ISO/389 1978

Mascaramento:

Eu, abaixo assinado, declaro que fui submetido a exame audiométrico nesse serviço recebendo o resultado, conforme portaria Nr 3-07/02/88

Pimenta ____ / ____ / ____

Identidade _____ Ass: _____

Diagnóstico Audiométrico: _____

Empresa: _____

- Tipo de exame:
- Admissional
 - Demissional
 - Periódico
 - Propedeutica