

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Problemas/Condição avaliada*	Doenças transmissíveis															
	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"/>		
	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"/>		
	Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Rastreio															
	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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															
CIAP-2																
CIAP-3																
CID-10																
CID-10																
Exames solicitados (S) e avaliados (A)	Colesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	EAS/EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Electrocardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Electroforese de hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Esplometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemoglobina glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia de sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste Indireto de antígeno humana (TIA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste de gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Triagem neonatal	Teste de crelhinha (EOA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste do oitinho (TRV)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Outros exames (código do SIAB)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Ficou em Observação?	SI	NAO	SI	NAO	SI	NAO	SI	NAO	SI	NAO	SI	NAO	SI	NAO		
Nível/Polio	Avaliação/Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Procedimentos Clínicos/Terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Prescrição terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Condição/Desfecho*	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"/>		
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 para 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"/>		
	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"/>		
	Alta do episódio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	Encaminhamento interno no dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 p/ serviço especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 p/ CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 p/ internação hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 p/ urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 p/ serviço de Atenção Domiciliar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 Intersetorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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/Crocha 06 - Outros 07 - Polo (Academia de Saúde)

08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa **Aleitamento materno:** 01 - Exclusivo 02 - Predominante

03 - Complementado 04 - Inexistente **Racionalidade em saúde:** 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia Aplicada à Saúde

03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outro (caso a racionalidade utilizada seja a Akasha/Convencional, deixar este campo em branco)

Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pelo equipe de Atenção Básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD3: usuários com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracetamol, ou diálise peritoneal.

* Campo obrigatório

007.059.168 frente



FICHA DE PROCEDIMENTOS

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
TURNO*		2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	
Nº PRONTUÁRIO																
CNS DO CIDADÃO																
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Ano															
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		F/M	F/M	F/M	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 (cristoplastia)															
	Cuidado de estomas															
	Curativo especial															
	Drenagem de abscesso															
	Electrocardiograma															
	Coleta de citopatológica de colo uterino															
	Exame do pé diabético															
	Exérese/biópsia/punção de tumores superficiais de pele															
	Fundoscópio (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 epístaxe															
	Tese 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																
Subcutânea (SC)																

007.059.168 verso

NP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Procedimentos/Pequenas cirurgias* Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na Estação acima)	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													

Procedimentos consolidados

Total no período	Atenção de PA	
	Atenção de temperatura	
	Curativo simples	
	Coleta de material para exame laboratorial	
	Glicemia capilar	
	Medição de altura	
	Medição de peso	

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

*Campo obrigatório

007059.005 frente

HOMEM QUE É HOMEM PROTEGE O FILHO ANTES MESMO DELE NASCER.

Proteja sua família da Sífilis, rapaz!
Faça exame junto com sua companheira
e use sempre camisinha!

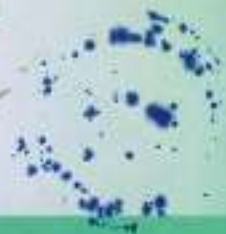


Dengue, Zika e Chikungunya

SE VOCÊ AGIR, PODEMOS EVITAR!



007.059.005
Dengue



E você, já fez sua parte?

<input checked="" type="checkbox"/> Caixas d'água vedadas	
<input checked="" type="checkbox"/> Calhas totalmente limpas	
<input checked="" type="checkbox"/> Galões, tonéis, poços e tambores bem vedados	
<input checked="" type="checkbox"/> Pneus sem água e em lugares cobertos	
<input checked="" type="checkbox"/> Garrafas vazias e baldes com a boca para baixo	
<input checked="" type="checkbox"/> Ralos limpos e com tela	

<input checked="" type="checkbox"/> Bandejas de geladeira sem água	
<input checked="" type="checkbox"/> Pratos de vaso de planta com areia até a borda	
<input checked="" type="checkbox"/> Bromélias e outra plantas sem acúmulo de água	
<input checked="" type="checkbox"/> Vasos sanitários sem uso fechados	
<input checked="" type="checkbox"/> Lonas de cobertura esticadas para não formar poças	
<input checked="" type="checkbox"/> Piscinas e fontes sempre tratadas	



Cartão da Criança

Nome da Criança: *Lucas* *3.2.2014*

Nome da Mãe: *Luciana*

Nome do Pai: *Luciano*

Endereço: *Av. ...*

Bairro: *...*

Cidade / Estado: *...* Fone: *...* CEP: *...*

Unidade Básica de Referência: *...*

Data de Nascimento: *...* Local Nascimento: *...*

Comprimento (cm): *...* Peso em gramas: *...* Perímetro cefálico (cm): *...*

Agarrar: *...* Tipo de parto: *...* Normal Forceps Césarea

Observações: *...*

fronte

007.059.019



Cartão da Criança

Nome da Criança: *...*

Nome da Mãe: *...*

Nome do Pai: *...*

Endereço: *...*

Bairro: *...*

Cidade / Estado: *...* Fone: *...* CEP: *...*

Unidade Básica de Referência: *...*

Data de Nascimento: *...* Local Nascimento: *...*

Comprimento (cm): *...* Peso em gramas: *...* Perímetro cefálico (cm): *...*

Agarrar: *...* Tipo de parto: *...* Normal Forceps Césarea

Observações: *...*

fronte

007.059.019

007.059.019 Jense

VACINAS OBRIGATÓRIAS NO 1º ANO DE VIDA

Anti-Pólio	Tetraivalente DPT(Triplice)	Contra Hepatite B	BCG	Triplke Viral MMR	Contra Febre-Amarela	Rota Virus	Outras Vacinas

Data/Rubrica
1ª.
 dose

Data/Rubrica
2ª.
 dose

Data/Rubrica
3ª.
 dose

Data/Rubrica
Reforço

VACINAS OBRIGATÓRIAS NO 1º ANO DE VIDA

Anti-Pólio	Tetraivalente DPT(Triplice)	Contra Hepatite B	BCG	Triplke Viral MMR	Contra Febre-Amarela	Rota Virus	Outras Vacinas

Data/Rubrica
1ª.
 dose

Data/Rubrica
2ª.
 dose

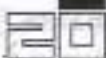
Data/Rubrica
3ª.
 dose

Data/Rubrica
Reforço

007.059.019 Jense



007.059.043 Frente

SUS  **Sistema Único de Saúde**

TFD - TRANSPORTE FORA DO DOMICÍLIO ROTEIRO DE VIAGEM

Dia: _____ Motorista: _____

Carro: _____ Placa: _____

Km Saída: _____ Km Chegada: _____

Horário de Saída: _____ Chegada: _____

Abastecimento: _____ lts Km: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

007.059.043 verso

Paciente: _____ Nº Reg.: _____
Acompanhante: _____
Local de Saída: _____
Local da Consulta: _____ Hs: _____
CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____
Acompanhante: _____
Local de Saída: _____
Local da Consulta: _____ Hs: _____
CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____
Acompanhante: _____
Local de Saída: _____
Local da Consulta: _____ Hs: _____
CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____
Acompanhante: _____
Local de Saída: _____
Local da Consulta: _____ Hs: _____
CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____
Acompanhante: _____
Local de Saída: _____
Local da Consulta: _____ Hs: _____
CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____
Acompanhante: _____
Local de Saída: _____
Local da Consulta: _____ Hs: _____
CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____
Acompanhante: _____
Local de Saída: _____
Local da Consulta: _____ Hs: _____
CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____
Acompanhante: _____
Local de Saída: _____
Local da Consulta: _____ Hs: _____
CNS: _____

INDICAÇÃO CLÍNICA

5 - Mamografia diagnóstica mama esquerda mama direita Ambas

5a. Achados no exame clínico

Mama direita

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

Infundido palpável Axilar Supraclavicular

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

Infundido palpável Axilar Supraclavicular

5b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita

Mama esquerda

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal

5c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita

Mama esquerda

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal

5d. Avaliação da resposta de QT neo-adjuvante

6 - Mamografia de rastreamento

Data de solicitação

Examinador

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

5 - Mamografia Diagnóstica

5a - Achados no exame clínico

Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintomas de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e infundido 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 à 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

007.059.049 Veno

207 940 920 701

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Motivo da visita*	Nº																							
	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 feminilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
	Sintomas 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"/>
	Condições de vulnerabilidade da 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/vetorial	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	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"/>	
	Convivência 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"/>	
Outros	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"/>	
	Peso (kg)																							
	Altura (cm)																							
Antropometria	Visão 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"/>	
	Visão 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"/>	
Destche*	Peso (kg)																							
	Altura (cm)																							
	Visão 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"/>	
Destche*	Visão 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"/>	
	Visão 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: FA para Força de Área ou 99 para o número da microárea
 Tipo de imóvel: 01 Doméstico, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 ponto estratégico (PE: terminal, barracões, 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 = campo numérico
 ** Campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família

Caso suspeito de dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae.aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual 3081 3082 3083 3084 3085 3086 3087 3088 3089 3090 3091 3092 3093 3094 3095 3096 3097 3098 3099 3100

2 Agravado/ença: 1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA Código (CID10): A 90 A 92

3 Data da Notificação: _____

4 UF: _____ 5 Município de Notificação: _____ Código (IBGE): _____

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): _____ Código: _____ 7 Data dos Primeiros Sintomas: _____

Notificação Individual

8 Nome do Paciente: _____ 9 Data de Nascimento: _____

10 (ou) Idade: 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano 11 Sexo: M - Masculino F - Feminino I - Ignorado 12 Gestante: 1-1º trimestre 2-2º trimestre 3-3º trimestre 4- Não gestacional/ignorado 5-Não 6-Não se aplica 9-ignorado

13 Raça/Cor: 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Outra 9-ignorado

14 Escolaridade: 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-3ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica

15 Número do Cartão SUS: _____ 16 Nome da mãe: _____

Dados de Residência

17 UF: _____ 18 Município de Residência: _____ Código (IBGE): _____ 19 Distrito: _____

20 Bairro: _____ 21 Logradouro (rua, avenida,...): _____ Código: _____

22 Número: _____ 23 Complemento (apto., casa, ...): _____ 24 Geo campo 1: _____

25 Geo campo 2: _____ 26 Ponto de Referência: _____ 27 CEP: _____

28 (DDD) Telefone: _____ 29 Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil): _____

Dados clínicos e laboratoriais

Im.

31 Data da Investigação: _____ 32 Ocupação: _____

Dados clínicos

33 Sinais clínicos e achados laboratoriais inespecíficos: 1-Sim 2-Não

Febre Cefaléia Vômito Dor nas costas Artrite Petéquias Prova do laço positiva

Mialgia Exantema Náuseas Conjuntivite Artralgia intensa Leucopenia Dor retroorbital

34 Doenças pré-existentes: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Diabetes Hepatopatias Hipertensão arterial Doenças auto-imunes

Doenças hematológicas Doença renal crônica Doença ácido-péptica

Dados laboratoriais

Sorologia (IgM) Chikungunya

35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1): _____ 36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2): _____ 37 Data da Coleta: _____ 38 Resultado: S1 S2 PRNT 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

Sorologia (IgM) Dengue

39 Data da Coleta: _____ 40 Resultado: 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado 41 Data da Coleta: _____ 42 Resultado: 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado

43 Isolamento da Coleta: _____ 44 Resultado: 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado 45 RT-PCR Data da Coleta: _____ 46 Resultado: 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado

47 Sorotipo: 1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4- DENV 4 48 Histopatologia: 1- Compatível 2- Incompatível 3- Inconclusivo 4- Não realizado 49 Imunohistoquímica: 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado



Gestão 2017-2020

PREFEITURA MUNICIPAL DE
ARAPUTANGA
Brilha para todos!

Cód: 007-059.064

Cód: 007.059.008 Frente



CÂMARA
MUNICIPAL DE
ARAPUTANGA

APTEL



GOVERNO DE
**MATO
GROSSO**



AL-MT
Assembleia
Legislativa

Dr. Leonardo
DEPUTADO ESTADUAL

wancley



INAUGURAÇÃO E ENTREGA DE AÇÕES E OBRAS

23 DE MAIO | 11H - PRAÇA DE EVENTOS DO LAGO AZUL

Pavimentação da rua Marques de Pombal
Pavimentação da Avenida Castelo Branco
Pavimentação da rua Princesa Isabel
Pavimentação da rua Carlos Chagas
Pavimentação da rua Pantanal
Pavimentação da rua Jose soares de Jesus
Pavimentação da rua Benjamin Camilo da Silva
Pavimentação da Maria Geralda de Jesus
Pavimentação da rua Antônio Cezine
Iluminação Pública da MT 175, até a entrada dos Bairros Doury Riva e Maria Clemente.
Reforma do Terminal Rodoviário
02 (duas) Salas de Aula do C.E.I. "Pingo de Gente" F
Entrega de Prêmio do concurso "A cara da Educação" F
Assinatura do convênio com o Programa "União Faz a Vida" em parceria com a Cooperativa de Crédito Sicredi Noroeste. F
Programa de Formação "Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa" - Educação Infantil e Ensino Fundamental F
Projeto Handebol Social - Arara Vermelha F
Entrega de 50 (cinquenta) Bolsas de Estudos a acadêmicos da Faculdade Católica Rainha da Paz - FCARP
Ampliação do Sistema de Abastecimento de Água - Reservatório
Entrega e instalação de 02 (Duas) Bombas de Captação de Água
Manutenção e/ou construção de 20 (Vinte) Pontes de Madeira, Galerias fluviais de Tubos Corrugados.
Entrega e instalação de 02 (dois) Raios-X - Odontológico
Entrega de 01 (Uma) Patrulhas Mecanizadas (01)
Entrega de 01 (Um) Minitrator Roçadeira

Cont: 007.059.064
007.059.008
Vento

ATO RELIGIOSO

20/05 | 7H

MISSA EM AÇÃO DE GRAÇAS - IGREJA MATRIZ

27/05 | 19H30

CULTO DE AÇÃO DE GRAÇAS

IG. ASSEMBLEIA DE DEUS SEDE

LANÇAMENTOS 2018

23 DE MAIO | 11H - PRAÇA DE EVENTOS DO LAGO AZUL

Pavimentação da rua Davildo Aires de Campos - Jardim Village	Reconstrução da rua Padre Anchieta - São Sebastião
Pavimentação da rua Ana Assis Moreira - Jardim Village	Reconstrução da rua Amador Bueno - Jardim Primavera
Pavimentação da avenida João Marques Luz - Jardim Village	Solicitação de 02 (duas) Patrulhas Mecanizadas
Reconstrução da rua Horácio A. de Carvalho - São Sebastião	Ordem de Compra de Equipamentos para a agricultura Familiar: - 02 (duas) Retroscavadeiras; - 02 (duas) Mini Carregadeiras Modulares; - 01 (uma) Petrol - Motocicleta.
Reconstrução da rua Vir. Manoel Fernandes - Centro	Revitalização da Biblioteca Municipal F
Reconstrução da rua Maria de Sá - Centro	Campanha "Bom Lim Lim" F
Reconstrução da rua Joaquim Nobres - Centro	Programa "Mais Alfabetização" F
Reconstrução da rua Arthur Francisco Xavier - Centro	Construção de 02 (duas) salas de aulas e 02 (dois) sanitários adaptados no C.E.I. "Pingo de Gente" F
Reconstrução da rua Sebastião Fernandes de Oliveira - Centro/São Sebastião	Construção de 03 (três) salas de aulas e reforma do C.E.I. "Vereda dos Pequenos" F
Reconstrução da rua Benedito Sardinha - Centro	Implantação do Programa LTCAT F
Reconstrução da rua Antenor Mamedes - Centro	Escola Conectada F
Reconstrução da rua Limão Rosa Pereira - Centro/São Sebastião	Projeto Gerência Laboral - SEMEC e Escolas Municipais F
Reconstrução da avenida Marechal Rondon - Centro/São Sebastião	Confecção de Uniformes Escolares F
Reconstrução da rua Benício de Maval - São Sebastião	
Reconstrução da rua Washington Luz - Jardim Primavera	
Reconstrução da rua Rua 07 - Jardim Primavera	
Reconstrução da rua Rua 09 - Jardim Primavera	

SAIBA COMO SE PROTEGER CONTRA DENGUE.

007.059.078 Junho

LIXO



- Coloque o lixo em sacos plásticos e mantenha a tampa bem fechada. Não jogue lixo em terrenos baldios.



- Jogue no lixo todo objeto que possa acumular água, como embalagens usadas, potes, latas, copos, garrafas vazias, etc.



- Mantenha o saco de lixo bem fechado e fora do alcance de animais até o recolhimento pelo serviço de limpeza urbana.

PLANTAS E JARDINS



- Encha de areia até a borda os pratinhos dos vasos de planta.



- Se você não colocou areia e acumulou água no pratinho da planta, lave-o com escova, água e sabão. Faça isso uma vez por semana.



- Se você tiver vasos de plantas aquáticas, troque a água e lave o vaso principalmente por dentro com escova, água e sabão pelo menos uma vez por semana.



- Não deixe a água da chuva acumulada sobre a laje.



- Remova folhas, galhos e tudo que possa impedir a água de correr pelas calhas.



- Mantenha a caixa d'água sempre fechada com tampa adequada.



- Mantenha bem tampados tonéis e barris d'água.



- Lave semanalmente por dentro com escova e sabão os tanques utilizados para armazenar água.



- Lave principalmente por dentro com escova e sabão os utensílios usados para guardar água em casa, como jarras, garrafas, potes, baldes, etc.

TONÉIS E DEPÓSITOS DE ÁGUA

FUNDO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Céd: 007.059.071
Fruto



"Não jogue este folheto nas ruas públicas, preserve o meio ambiente."

MAIORES INFORMAÇÕES:

CEDCA-MT

Conselho Estadual de Defesa dos
Direitos da Criança e do Adolescente

(65) 3624-5796
(65) 3631-1753

www.cedca.mt.gov.br



FIA-MT/DOAÇÕES

BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 3834-2
CONTA: 1042678-7
CNPJ: 21.803.863/0001-77

FUNDO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE QUE FUNDADO INFÂNCIA - FIA?

É um Fundo Público que tem como objetivo financiar projetos que atuem na garantia da promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente. Os recursos são aplicados exclusivamente neste órgão com autorização do conselho estadual e/ou municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Esses recursos são para complementar o financiamento de ações de projetos voltados à infância e juventude **DEDUÇÃO NO IMPOSTO DE RENDA**

A partir da Lei nº 12.594/2012, as doações aos Fundos dos Direitos da Criança e do Adolescente, devidamente comprovadas, podem ser integralmente deduzidas do imposto de renda, observando os limites de:

DOAÇÕES DE PESSOA FÍSICA:

As doações são realizadas no momento da Declaração de Ajuste Anual do imposto de Renda, podendo ser deduzidas até a percentual de 5% sobre o imposto devido apurado na declaração. A dedução está sujeita ao limite global de 6% do imposto devido apurado na declaração juntamente com as demais deduções de incentivo, isto requer o pagamento mediante recibo ao Fundo, como forma de antecipação do valor da doação.

DOAÇÕES DE PESSOA JURÍDICA:

As pessoas jurídicas com base no lucro real, tendo imposto a pagar, podem desviar 1% (um por cento) do imposto sobre o lucro mensal trimestral ou anual. No pagamento do imposto de renda calculado por estimativa, as pessoas jurídicas poderão deduzir do imposto devido, diminuído do adicional, o valor de incentivo às doações para o Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente de seu município, mensalmente, observando o limite individual de 1% (um por cento).

As sociedades empresariais tributadas com base no lucro real trimestral farão a dedução diretamente do imposto devido, trimestralmente, limitada individualmente a 1% do imposto de renda, sem inclusão de adicional. O cálculo da dedução do Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente pelas pessoas jurídicas tributadas com base no lucro real anual é de 1% do imposto devido, recolhido dentro do exercício social,

sob recibo. Além de contabilizar os valores doados, as pessoas jurídicas devem manter a documentação das doações à disposição do Fisco.

COMPROVAÇÃO LEGAL DAS DOAÇÕES:

As doações até o limite de 6% (seis por cento) durante o ano, somente poderão ser feitas através de depósito na conta do Fundo até o último dia do ano nos termos do artigo 260-D, do Estatuto da Criança e do Adolescente, as órgãos responsáveis pela administração das contas dos Fundos dos Direitos da Criança e do Adolescente nacional, Estadual, distrital e municipal, devem emitir recibo em favor do doador, assinado inclusive pelo Presidente do Conselho correspondente, especificando:

Número de ordem, nome, CNPJ e endereço do emissor;

Nome, CNPJ ou CPF do doador, data da doação, valor efetivamente recebido e ano-calendário a que se refere a doação.

Na hipótese de doação em bens, o comprovante deve conter a identificação desses, mediante descrição em campo próprio ou em relação anexa ao comprovante, informando também se houve avaliação, o nome, CPF ou CNPJ e o endereço dos avaliadores (artigo 260-D, §2º, do ECA).

As doações acima somente poderão ser restituídas no ajuste da declaração de imposto de renda no ano seguinte, ou seja, se a doação foi realizada até 31/12/2015 será restituída na declaração do imposto de renda 2016 (ano-calendário 2015).

PRESTAÇÃO DE CONTAS

Os Fundos de Direitos da Criança e do Adolescente são vinculados e ficam subordinados aos respectivos Conselhos de Direitos. A principal atribuição dos Conselhos de Direitos referente aos Fundos consiste na elaboração dos planos de ação e aplicação, bem como no monitoramento e avaliação da aplicação dos recursos e da execução dos planos, projetos e ações financiadas.

Por se tratar de recursos públicos, o Conselho de Direitos deve publicar a prestação de contas das doações recebidas e da aplicação dos recursos obtidos. Num gesto de clareza administrativa, o administrador do referido fundo deve prestar contas da

007.059.073 UNB

aplicação de todos os recursos, inclusive ao próprio Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente.

PASSO A PASSO PARA A DOAÇÃO

1º PASSO: Realizar o depósito do valor na conta do fundo ou efetuar transferência online.

2º PASSO: Informar a doação ao Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente (Estadual ou Municipal) e solicitar **RECIBO DE DOAÇÃO** para comprovar junto à Receita Federal.

3º PASSO: em relação as doações efetuadas até o dia 31 de dezembro do ano anterior, quando do preenchimento da declaração de imposto de renda pelo modelo completo, inserir o valor da doação, o nome do fundo e o respectivo CNPJ no "código 40 - Doações - Estatuto da Criança e do Adolescente", no item "Relatório de pagamentos e Doações Efetuadas".

Para doações efetuadas entre 1º de janeiro e 30 de abril do ano corrente, o contribuinte deverá inserir o valor, o nome do fundo e o respectivo número de CNPJ no "código 39", do item "Pagamentos e Doações Efetuadas". Nesse caso, a não pagamento da doação até 30 de abril do ano em curso implica na perda definitiva dessa parcela de dedução e obriga a pessoa física ao recolhimento da diferença do imposto devido apurado na Declaração de Ajuste Anual, com as atualizações legais (artigo 260-A § 4º, do ECA).

Os códigos acima são relativos à Declaração de IR Exerício 2012, relativamente às declarações de exercícios posteriores é necessária atenção quanto a possíveis alterações na numeração dos códigos de pagamento.



DISQUE
DIREITOS
HUMANOS



18 de Maio

Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração
Sexual contra Crianças e Adolescentes
Esquecer é Permitir, Lembrar é Combater

*Cod: 007.059.075
frente*

FAÇA BONITO.

PROTEJA NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES.

**VOCÊ PODE AGIR BONITO:
PROTEJA NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES!**

SE VOCÊ TIVER SUSPEITA OU CONHECIMENTO DE
ALGUMA CRIANÇA OU ADOLESCENTE QUE ESTEJA
SOFRENDO VIOLÊNCIA DEVE DENUNCIAR.

Procure o Conselho Tutelar, CRAS
ou Disque 100.

QUAIS OS TIPOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE?

São vários os tipos de violência sexual. Podemos citar o abuso sexual, a exploração sexual, a pornografia infantil e o tráfico para fins sexuais.

O QUE É ABUSO SEXUAL?

007.059.075
Jocelyn

O abuso sexual acontece quando alguém, com idade superior à da vítima, impõe práticas a uma criança ou um adolescente, com o objetivo de se satisfazer sexualmente.

QUAIS SITUAÇÕES SÃO CONSIDERADAS ABUSO SEXUAL?

- Esfregar-se ou passar a mão pelo corpo da vítima;
- Obrigar a vítima assistir relações sexuais de terceiros, ou imagens pornográficas;
- Masturbar a vítima, ou induzi-la a masturbar ou acariciar o agressor;
- Praticar sexo anal, vaginal ou oral com a vítima, ou obrigá-la a praticar sexo oral com o agressor;

ONDE OCORREM AS VIVÊNCIAS DE ABUSO SEXUAL?

As ocorrências de abuso sexual podem se dar em qualquer lugar, seja público ou privado, no entanto, a grande maioria dos fatos ocorrem DENTRO DE CASA, ou na residência de pessoas conhecidas da vítima.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Qualquer tipo de prática sexual envolvendo pessoas MENORES DE 14 ANOS, mesmo havendo consentimento, é considerado CRIME.
- Não existe um perfil único do abusador de crianças e adolescentes, e na maioria das vezes são pessoas acima de qualquer suspeita, podendo ser ótimos pais, trabalhadores e honestos.
- A grande maioria dos casos de abuso parte de pessoas com laços de sangue ou de afeto com a vítima.
- As redes sociais são ótimas instrumentas para ação de abusadores de crianças e adolescentes, e aumentam a vulnerabilidade das vítimas.
- Embora os dados sobre violência sexual contra crianças e adolescentes sejam alarmantes, estima-se que apenas 10% dos casos sejam denunciados.
- A maior forma de prevenção é a informação. Oriente crianças e adolescentes sobre as práticas abusivas e incentive o rompimento do silêncio.

A DENÚNCIA DE SUSPEITAS PODE SER FEITA ANONIMAMENTE, CABENDO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES A VERIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA OU NÃO DO ABUSO.



Ministério Público
DO ESTADO DE MATO GROSSO



MUNICÍPIO MUNICIPAL DE
ARAPUTANGA
Qualidade de vida

Conselho Municipal de Direitos
da Criança e do Adolescente



REVISTA Atual MUNICÍPIOS

“Divulgando o potencial do seu município”

Ced: 001.059
Ano XVII - Nº 1
Maio/2015 - R\$ 10

Araputanga 52 anos



Indiavaí

Ações voltadas para todos
É a prefeitura trabalhando por você.

Leia pags. 14

DATA: / /

HORÁRIO:

ATAO

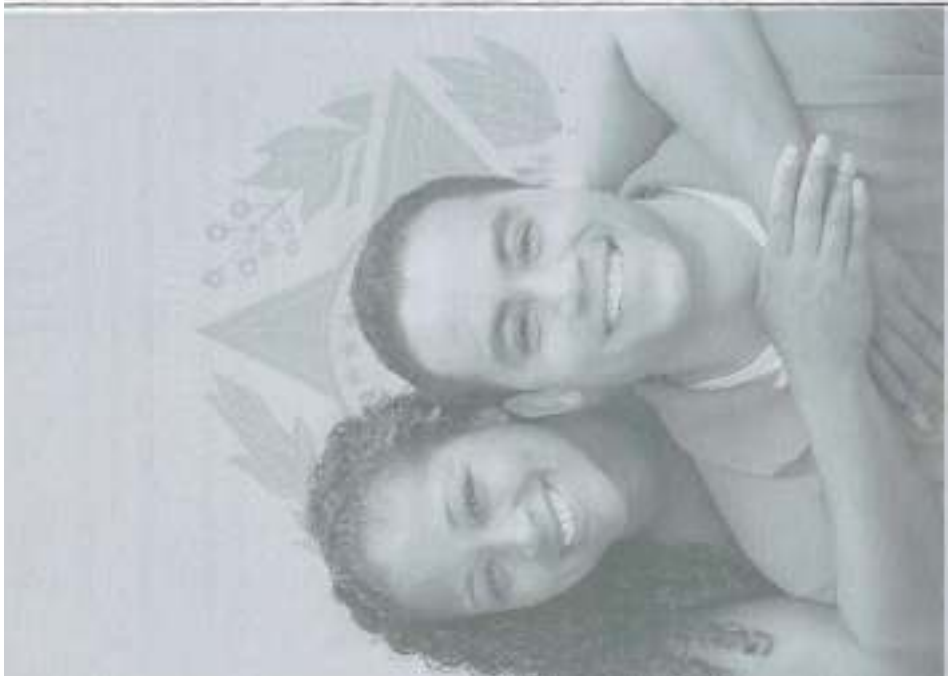
Nº de Ord.	Matricula Familiar	NOME	SEXO		Primeira	Subsequente	Exame Complementar	DESTINO			DIAGNÓSTICO
	Nº do indivíduo na Família		Masculino	Feminino				Residência	Consulta Referência	Internação	
											007.059.125.000
											TOTAL

ficha
DIAGNÓSTICO
007.059.125.000

Não jogar este formulário com lixo eletrônico, preserve o meio ambiente!

Cod: 007-059-155 Unio
TODOS OS SERVIÇOS DO SINE SÃO GRATUITOS

CONTACTO



CONTATO

EQUIPE PSICOSSOCIAL:
(65) 3613.2170 | (65) 3613.2153

CAPTAÇÃO DE VAGAS:
(65) 3613.2100 | (65) 3613.2101

Horário de Atendimento:
Segunda a Sexta das 07h30 às 17h

REALIZAÇÃO



APOIO



INFORMAÇÕES SOBRE O PROGRAMA - SINE/MT

Rua Baltazar Navarros, 567 (esq. General Valle)
Bairro Bandeirantes - Cuiabá - MT - CEP: 78010-020
Horário de Atendimento:
Segunda à Sexta das 7h30 às 17h

QUANDO
OPORTUNIDADES
APARECEM, HISTÓRIAS
SE TRANSFORMAM



PROGRAMA EMPREGA REDE

INCLUSÃO SOCIOPRODUTIVA DAS
PESSOAS EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADE SOCIAL

TRABALHADOR EM SITUAÇÃO
DE VULNERABILIDADE SOCIAL



PROGRAMA EMPREGA REDE

INCLUSÃO SOCIOPRODUTIVA DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

MISSÃO

Impulsivar o acesso a direitos, trabalho e renda de pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social, por meio da articulação e integração de políticas públicas, iniciativas privadas e da sociedade civil.

VISÃO

Ser precursor na institucionalização de uma política pública integrada voltada à inclusão socioeconômica da população em situação de risco e vulnerabilidade social.



O Programa Rede tem como premissa básica o fortalecimento do sistema público de emprego e trabalho decente.

Dessa forma, o Programa Rede busca dinamizar o mercado de trabalho do Estado de Mato Grosso, promovendo, de forma mais eficiente, a entrada de jovens profissionais no mercado de trabalho, ou a reinserção de desempregados. Por meio do Programa Rede todos ganham. O estado ganha por meio do aumento da produtividade do trabalho em geral, e dos lucros de forma específica.

O Programa Rede promove também, diretamente, a cidadania de grupos que se encontram em situação desfavorável no mercado de trabalho como, mulheres, jovens, pessoas com deficiência, egressos do trabalho escravo, famílias com crianças em situação de acolhimento, egressos do trabalho infantil e suas famílias e egressos de medidas socioeducativas.

EMPREGA REDE

O Programa Rede é um programa do Governo do Estado de Mato Grosso de inclusão socioprodutiva. Tem como missão promover o acesso a direitos, trabalho e renda da população em situação de vulnerabilidade e risco social, através da articulação e integração de políticas públicas, iniciativas privadas e da sociedade civil.

VALORES DO PROGRAMA

- Prioridade aos direitos humanos coletivos e individuais;
- Integralidade no atendimento ao público-alvo;
- Respeito à diversidade;
- Promoção do trabalho decente e cidadania;
- Atuação em rede.

PÚBLICO PRIORITÁRIO DO EMPREGA REDE

- Pessoas com Deficiência – PCD;
- Egressos do Trabalho Escravo;
- Famílias com crianças em situação de acolhimento;
- Egressos do trabalho infantil e suas famílias;
- Egressos de Medidas Socioeducativas;
- Mulheres vítimas de violência;
- Idosos;
- Público economicamente vulnerável.

OBJETIVOS

- Aprimorar a função locativa do mercado de trabalho, permitindo alcançar de forma mais rápida e com melhor qualidade a inserção dos ingressantes ou a reinserção dos desempregados;
- Aprimorar e implantar ferramentas que possibilitem diagnosticar as demandas no Estado;
- Intervir na concreta redução de custo ao Estado e ao setor privado;
- Corrigir a assimetria de informações existentes no mercado de trabalho, produzindo efeitos positivos sobre a demanda de trabalho, emprego e renda;

06.07.059.155

- Elaborar informações e orientações ao trabalhador e ao mercado consumidor de mão de obra; *Fundo*
- Implantar Plano de Qualificação adequada à demanda e à região;
- Gerar resultados distributivos, focalizando grupos que se encontram numa situação de desvantagem no mercado de trabalho.

QUAL O PAPEL DO SINE/MT?

O SINE/MT realiza atendimento e acompanhamento do público com o objetivo de apoiar o encaminhamento para oportunidades de oferta de serviços que poderão prepará-los para a integração ao mundo do trabalho e/ou qualificação profissional.

COMO PARTICIPAR DO PROGRAMA?

Para participar do programa o trabalhador deve realizar seu cadastro em uma das unidades do SINE/MT.

O QUE É PRECISO PARA REALIZAR O MEU CADASTRO NO SINE?

- Para realização do cadastro no SINE/MT, faz-se necessário a apresentação dos seguintes documentos:
- Registro Geral (RG) e CPF;
 - Carteira de Trabalho - CTPS;
 - Comprovante de Residência;

COMO É REALIZADO O ATENDIMENTO?

O Programa realiza atendimento especializado às pessoas em situação de vulnerabilidade social encaminhando para qualificação profissional, aprendizagem, mercado de trabalho e/ou para a rede de serviço socioassistencial.

Final do NIS	DIA E MÊS DO PAGAMENTO												
1	18/jan	13/fev	20/mar	12/abr	18/mai	19/jun	18/jul	16/ago	18/set	16/out	17/nov	11/dez	
2	15/jan	14/fev	21/mar	17/abr	15/mai	20/jun	19/jul	21/ago	19/set	18/out	20/nov	12/dez	
3	20/jan	15/fev	22/mar	18/abr	22/mai	21/jun	20/jul	22/ago	20/set	20/out	21/nov	13/dez	
4	22/jan	16/fev	23/mar	19/abr	23/mai	22/jun	21/jul	23/ago	21/set	23/out	22/nov	14/dez	
5	24/jan	17/fev	24/mar	20/abr	24/mai	23/jun	22/jul	24/ago	22/set	24/out	23/nov	15/dez	
6	25/jan	20/fev	27/mar	24/abr	25/mai	24/jun	23/jul	25/ago	23/set	25/out	24/nov	16/dez	
7	26/jan	21/fev	28/mar	25/abr	26/mai	27/jun	26/jul	28/ago	26/set	28/out	27/nov	17/dez	
8	27/jan	22/fev	29/mar	26/abr	28/mai	28/jun	27/jul	29/ago	27/set	29/out	28/nov	18/dez	
9	30/jan	23/fev	30/mar	27/abr	30/mai	29/jun	28/jul	30/ago	28/set	30/out	29/nov	19/dez	
0	31/jan	24/fev	31/mar	28/abr	31/mai	30/jun	29/jul	31/ago	29/set	31/out	30/nov	20/dez	

Cont: 007.059.153

Você pode fazer o saque em até 90 dias após *versão* a data indicada no calendário.

É seu direito receber o valor integral, sem precisar pagar por isso ou comprar produtos no local de recebimento.

Veja no extrato de pagamento a "Mensagem Bolsa Família" e o valor do seu benefício.

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

CALENÁRIO
 DE PAGAMENTOS 2017



FINAL DO NIS

Veja qual é o final do NIS que está
 em seu cartão e confira a data de
 pagamento no calendário.

Coord. 007.059.156

SEMINÁRIO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DO CAMPO

Araputanga/MT

“Desafios e propostas da Educação Campo para a sucessão da Agricultura Familiar”



1º SEMINÁRIO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DO CAMPO
ARAPUTANGA - MATO GROSSO

STTR, EMATER, IDARON, CMDRS, FASE, CTA, MST, CEFAPRO e UNEMAT.

REALIZAÇÃO



APOIO



STTR, EMATER, IDARON, CMDRS, FASE, CTA, MST, CEFAPRO e UNEMAT.

1 SEMINÁRIO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DO CAMPO

“Desafios e propostas da Educação Campo para a sucessão da Agricultura Familiar”

Realização: Secretaria Municipal de Educação e Cultura (SEMEC), Assessoria Pedagógica (SEDUC) e Cooperoroste

Apoio: STTR, EMATER, IDARON, CMDRS, FASE, CTA, MST, CEFAPRO e UNEMAT

APRESENTAÇÃO

O 1º Seminário Municipal de Educação do Campo, com Tema: “Desafios e propostas da Educação Campo para a sucessão da Agricultura Familiar” acontecerá no CRAS – Centro de Referência em Assistência Social de Araputanga-MT, sendo um momento de reflexões e debates democráticos sobre a realidade da educação no meio rural e de discussões acerca da importância político-pedagógica da organização escolar no/para o campo.

OBJETIVOS

Com a realização do I Seminário Municipal de Educação do Campo: “Desafios e propostas da Educação Campo para a sucessão da Agricultura Familiar”, a Secretaria Municipal de Educação e Cultura (SEMEC), Assessoria Pedagógica (SEDUC) e Cooperoroste objetivam-se estimular o debate, a participação e o compromisso social com a educação do campo, bem como, promover espaços de discussão, debates e propostas democráticas de Educação do/para o Campo no contexto do processo de sucessão rural

da Agricultura Familiar no município de Araputanga-MT.

JUSTIFICATIVA

A realização do I Seminário Municipal de Educação do Campo: “Desafios e propostas da Educação Campo para a sucessão da Agricultura Familiar” é uma iniciativa da Cooperativa Agropecuária do Noroeste do Mato Grosso Ltda em parceria com a SEMEC e SEDUC e tem como principal objetivo refletir e debater de forma democrática a realidade, iniciativas, desafios e perspectivas da educação no meio rural e discutir sobre a importância político-pedagógica da organização escolar no/para o campo. Também, objetiva a construção de um plano de ação capaz de ampliar a socialização e disseminação de conhecimentos científicos e tecnológicos apropriados às escolas e aos estudantes do campo de origem da agricultura familiar. Nossa missão é tornar importante o fórum de discussão sobre políticas-públicas para a melhoria da Educação do Campo, assim como, um espaço de socialização e articulação de experiências do município de Araputanga, buscando garantir um intercâmbio entre instituições dos municípios do entorno da região. O público alvo do evento são estudantes, professores (rurais), gestores, coordenadores, agricultores familiares, assentados, associações, cooperativas, movimentos sindicais, movimentos sociais, ONGs e áreas afins.

PROGRAMAÇÃO

DIA – 17/08 (Sexta-feira)
07:00 as 07:30 - Credenciamento e Café da Manhã;
07:30 – Abertura oficial – Composição da Mesa
08:00 - Mística (música/poesia/dança)

Cod: 007.059.156 Vere

08:10 - Palestra 01 – A Educação do Campo; uma luta dos movimentos sociais do campo – MST (Gislaine Vieira Fuzati Ambrósio)

08:40 - Apresentação cultural

08:50 – Palestra 02 – História e marcos legais da Educação do campo no Brasil. - UNEMAT (Dr. Lorrêge Pessoa Bittencourt)

09:20 - Apresentação cultural

09:30 – Palestra 03 – Experiências e modelos de Educação do Campo no Brasil: O processo de construção do Projeto Político Pedagógico (CEFAPRO)

10:00 - Apresentação cultural

10:10 - Palestra 04 – A importância da Educação do Campo na sucessão da agricultura familiar. – Cooperoroste (Vagner Meira Teixeira).

10:40 - Apresentação cultural (música/poesia/dança)

10:50 - Informes do evento

11:00– Almoço

13:00 – Apresentação da proposta de formação de Profissionais em Educação do Campo.

13:30 - Organização de Grupos de Trabalhos (GT) 04 para discussão e construção de propostas temáticas a serem consideradas na elaboração de plano de ação/projetos de Educação do Campo
Tema: As contribuições da pedagogia de projetos na organização do currículo
15:00 – Plenária para socialização e aprovação das propostas para elaboração do plano de ação.
16:00 – Encerramento e Coffe Break

COMISSÃO ORGANIZADORA

Secretaria Municipal de Educação e Cultura (SEMEC), Assessoria Pedagógica (SEDUC) e Cooperoroste LACBON.

Cadastro
Conhecer
para incluir
Único

*A porta de entrada para você
receber os benefícios dos programas
sociais do Governo Federal.*

Cad: 007.059.030



Estado de Mato Grosso
Prefeitura Municipal de Araputanga
CNPJ: 15.023.914/0001-45



Cod: 007.059.013

Partes Interessadas:

Five horizontal lines for listing interested parties, grouped by a large right-facing curly bracket.

ASSUNTO

Multiple horizontal lines for describing the subject matter.



Estado de Mato Grosso

Prefeitura Municipal de Araputanga

Rua Antenor Mamedes, nº 911

CEP 78.260-000

Araputanga

Mato Grosso

Céd.: 007.059.016

Fone: (65) 3261-1736



Estado de Mato Grosso

ced: 007.059.017

Prefeitura Municipal de Araputanga

Rua Antenor Mamedes, nº 911

CEP 78.260-000

- Araputanga

- Fone (65) 3261-1736

- Mato Grosso

Cód: 007.059.074

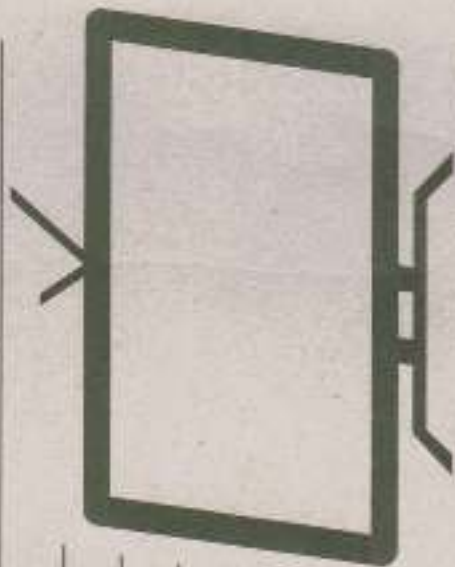
7º Encontro Estadual do

Programa A União Faz a Vida

Educação de qualidade: uma grande notícia.



Coloque o seu grão de leite
magnético na TV. Quem sabe
aconteça com os seus filhos.



Programa
A União Faz
a Vida





Estado de Mato Grosso

Prefeitura Municipal de Araputanga

Rua Antenor Mamedes, nº 911
CEP 78.260-000

Araputanga

Fone: (65) 3261-1736

Mato Grosso

Cód. 007.059.344

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Caderneta de Saúde da Criança Menino



PASSAPORTE DA CIDADANIA

11ª edição



Brasília - DF
2017



007.059.121



007.059.07

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA

CNPJ 15.023.914/0001-45

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA

Gestão Democrática e Ensino de Qualidade



Céd: 007.059.101

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA
CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CRAS
SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - SUAS



Cartão de Matrícula Familiar

NOME:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

Composição Familiar

Nº	NOME	Nº	NOME



PREFEITURA MUNICIPAL DE

ARAPUTANGA

UMA CIDADE PARA TODOS

ADMINISTRAÇÃO 2009 - 2012



007.059.07

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA

CNPJ 15.023.914/0001-45

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA

Gestão Democrática e Ensino de Qualidade





007.059.103

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA

CNPJ 15.023.914/0001-45

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA

Estado de Mato Grosso
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA

Secretaria Municipal de Educação e Cultura

NOME DO ESTABELECIMENTO _____

LOCAL _____

ALUNO _____

FILIAÇÃO PAI _____ PROF _____

MÃE _____ PROF _____

LOCAL DO NASCIMENTO _____

DATA DE NASCIMENTO _____ DE _____ ESTADO _____

Nº DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO _____



ESTADO DE MATO GROSSO
(Prefeitura Municipal de Araputanga)
Secretaria Municipal de Educação

Escola _____

Ensino: () Infantil () Fundamental () Médio

Ciclo: _____ Ano: _____ Turma: _____

Turno: _____ Ano Letivo: _____

DIÁRIO DA TURMA

Professores: _____





007.059.152



PRONTUÁRIO SUAS



Nome da Pessoa de Referência na Família:

Nº do Prontuário:

Tipo de Unidade: CRAS CREAS Nº da Unidade:

|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Nome da Unidade:

Cod - 007059.052



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE HANSENÍASE

FICHA DE BACILOSCOPIA

Nome do Paciente: _____ Nº do Reg.: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Ponto de Referência: _____ Apelido: _____

ÍNDICE BACTERIOLÓGICO SEGUNDO A ESCALA DE RIDLEY


LOCAL DOS ESFREGAÇOS	ANTES DO TRATAMENTO IB	12º MÊS IB	ACOMPANHAMENTO		
			24º MÊS IB	36º MÊS IB	48º MÊS IB
1ª Lesão					
2ª Lesão					
Cotovelo D.					
Cotovelo E.					
L. Orelha D.					
L. Orelha E.					
IB MÉDIO					
DATA	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
ASSINATURA	Téc. Responsável	Téc. Responsável	Téc. Responsável	Téc. Responsável	Téc. Responsável

OBSERVAÇÕES:

BAAR antes do tratamento: ___ % Íntegros ___ % Granulosos ___ % Fragmentados
 BAAR no 12º mês: ___ % Íntegros ___ % Granulosos ___ % Fragmentados
 BAAR no 24º mês: ___ % Íntegros ___ % Granulosos ___ % Fragmentados
 BAAR no 36º mês: ___ % Íntegros ___ % Granulosos ___ % Fragmentados
 BAAR no 48º mês: ___ % Íntegros ___ % Granulosos ___ % Fragmentados

Localização das lesões: _____

Araputanga - MT, ___ / ___ / ___ Responsável: _____

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL		fls. 1/2	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE						2 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
3 - NOME DO PACIENTE				4 - SEXO		5 - Nº DO PROFISSIONÁRIO	
				Mas. / Fem.			
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				7 - DATA DE NASCIMENTO		8 - RAÇA/COR	
						9 - ETNIA	
9 - NOME DA MÃE				10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
				DDD			
11 - NOME DO RESPONSÁVEL				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
				DDD			
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)							
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA							
15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO				16 - UF		17 - CEP	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		20 - QTOE	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)							
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		23 - QTOE	
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		26 - QTOE	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		29 - QTOE	
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		32 - QTOE	
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		35 - QTOE	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)							
37 - CID10 PRINCIPAL			38 - CID10 SECUNDÁRIO			39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS	
40 - OBSERVAÇÕES							
SOLICITAÇÃO							
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				42 - DATA DA SOLICITAÇÃO		43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
44 - DOCUMENTO		45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
() CNS () CPF							
AUTORIZAÇÃO							
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47 - CÓD. ORÇÃO EMISSOR		48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
49 - DOCUMENTO		50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
() CNS () CPF							
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)							
54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE						55 - CNES	

501 990 500

007.059.167 Verso

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