

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

Cod 8007.059.042

Ficha de Registro do Vacinado			Estabelecimento de Saúde		
1º Cadastro	Retorno				
Código CNS					
*Nome					
*Nome Mãe					
*Data de Nascimento		*Sexo	Raça		
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Índigena <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/>		
País		UF res.	Município residência		
Endereço:				Nº	CEP
Complemento			Bairro	Zona de residência	
				Rural <input type="checkbox"/>	Urbana <input type="checkbox"/>
Telefone (com DDD)			E-mail		

RA	Data de Aplicação	Grupo de Atendimento	Estratégia de Vacinação	Imunobiológico *	Dose	Aprazamento	Lote	Laboratório	Assinale X se:	
									Gestante	Comunicante Hans.
				BCG	DU					
					REV					
				Hepatite B (HB)-	D1					
					D2					
					D3					
					REV					
				Oral rotavírus humano (VORH)	D1					
					D2					
				Oral contra Poliomielite (VOP)	D1					
					D2					
					D3					
					R1					
					R2					
					REV					
				DTP+Hib (Tetra)	D1					
					D2					
					D3					
					D4					
				Pneumocócica 10 valente	DU					
					D1					
					D2					
					D3					
					R1					
				Meningocócica Conjugada C (Meningo C)	DU					
					D1					
					D2					
					D3					
					R1					
				Tríplice Viral (SRC)	DU					
					D1					
					D2					
				Tríplice Bacteriana (DTP)	D1					
					D2					
					D3					
					R1					
					R2					
				Febre Amarela (FA)	DU					
					REV					
				Dupla Adulto (dT)	D1					
					D2					
					D3					
					REV					
				Outra						

Nome do responsável pelo preenchimento _____ Data / /

*Campo de preenchimento obrigatório
 **Assinale X em caso de registro anterior
 Página 1 de 2

Código de Item 019.027.025

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA - MT	01 PARA USO DO PROCESSAMENTO		02 INSCRIÇÃO CADASTRAL				
	01 CÓDIGO DO MUNICÍPIO	02 Nº DO ARQUIVAMENTO	03	DISTRITO	SETOR	QUADRA	LOTE

BOLETIM DE CADASTRO IMOBILIÁRIO - BCI

03 INFORMAÇÕES GERAIS									
04 CONTROLE		05 COMANDO					06 INSCRIÇÃO ANTERIOR		
		INCLUSÃO	ALTERAÇÃO COM EMISSÃO	ALTERAÇÃO SEM EMISSÃO	CANCELAMENTO				
		9	7	5	3				

04 LOCALIZAÇÃO DO IMÓVEL									
TIPO, NOME DO LOGRADOURO									
07 Cód. Logradouro	08 SEÇÃO	09 NÚMERO			10 COMPLEMENTO				
11 BAIRRO					12 LOTEAMENTO	13 QUADRA	14 LOTE	15 TOTAL DE ÍTEMS	
								9	

05 NOME DO PROPRIETÁRIO / ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA									
16 NOME DO PROPRIETÁRIO OU DETENTOR									
17 TIPO	18 NOME DO LOGRADOURO							19 NÚMERO	
20 COMPLEMENTO					21 BAIRRO				
22 NOME DO MUNICÍPIO						23 CEP		24 SIGLA/UF	25 TOTAL DE ÍTEMS
									6

06 INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O IMÓVEL									
26 OCUPAÇÃO DO LOTE									
Não Construído	Ruínas	Em Demolição	Construção Paralizada	Construção Em Andamento	Natureza Temporária	Construído	Em Reforma		
15	23	31	40	58	66	74	82		
29 UTILIZAÇÃO									
Terreno sem uso	Residencial	Comercial	Prestação Serviço	Serviço Público	Industrial	Religioso	Mista		
17	25	33	41	50	68	76	84		
40 IMUNES/ISENTO IPTU					41 ISENTO TSU			42 TOTAL DE ÍTEMS	
NÃO	IMUNE	ISENTO	NÃO		SIM				
14	22	30	11		20		6		

07 INFORMAÇÕES SOBRE O TERRENO									
43 SITUAÇÃO NA QUADRA									
Melo da Quadra	Esquina/mais de uma frente	Vila	Cond. Horiz.	Encravado	GLEBA	Aglomerado			
16	24	16	40	59	67	75			
44 TOPOGRAFIA					45 PEDOLOGIA			46 TOTAL DE ÍTEMS	
Plano	ACLIVE	DECLIVE	Irregular	Inundável	Firme	Alagado Braço/Mangue			
13	21	30	48	10	29	37	9		

08 MEDIDAS DO IMÓVEL										
TESTADA PRINCIPAL	48			5			CÓDIGO DO LOGRADOURO	59		
TESTADA 2	50			7			SEÇÃO DO LOGRADOURO	60		
CÓDIGO DO LOGRADOURO	51			5			ÁREA DO LOTE	62		
SEÇÃO DO LOGRADOURO	52			3			ÁREA DO LOTE DE VILA/COND.HORIZ.	63		
TESTADA 3	54			0			ÁREA CONSTRUÍDA DA UNIDADE	64		
CÓDIGO DO LOGRADOURO	55			8			TOTAL DE UNIDADES NO LOTE	65		
SEÇÃO DO LOGRADOURO	56			6			ÁREA TOTAL CONSTRUÍDA	66		
TESTADA 4	58			2			TOTAL DE ÍTEMS	72		

RUA ANTONOR MAMEDES, 911 - CENTRO - CEP 78.260-000 - TEL. (65) 3261-1736

09 INFORMAÇÕES SOBRE A EDIFICAÇÃO															
73 TIPO															
CASA		CONSTRUÇÃO PRECÁRIA		APARTAMENTO		SALA COMERCIAL		LOJA		GALPÃO		TELHEIRO		ESPECIAL	
15		23		31		40		58		66		74		86	
78 ESTRUTURA ALVENARIA															
				MADEIRA				METÁLICA				CONCRETO			
11				20				38				46			
79 COBERTURA															
PALHA/ZINCO				TELHA DE CIMENTO AMIANTO				TELHA DE BARRO				LAJE			
19				27				35				43			
80 PAREDES SEM															
		TAIPA		ALVENARIA		MADEIRA SIMPLES		MADEIRA DUPLA		CONCRETO					
10		28		36		44		52		60					
82 REVESTIMENTO DA FACHADA PRINCIPAL SEM															
				ESBOÇO		REBOCO		MATERIAL CERÂMICO				MADEIRA			
14				22		30		49				57			
83 INSTALAÇÃO SANITÁRIA SEM															
				EXTERNA				INTERNA				MAIS DE UMA INTERNA			
11				20				38				46			
84 INSTALAÇÃO ELÉTRICA SEM															
				APARENTE		SEMI-EMBTIDA		EMBTIDA				87 TOTAL DE ÍTENS			
19				27		35		43				8			
10 INFORMAÇÕES OPCIONAIS															
96 LANÇAMENTO ENGBLADO															
NÃO				SIM				97 VALOR VENAL				97 TOTAL DE ÍTENS			
10				28								1			

11 CROQUIS											

007 019.027.025 Juro

ANOTAÇÕES						CADASTRADOR					
						DATA					
						/ /					

Vacinas da Infância

	1ª	2ª	3ª	R
Tuberculose BCG	/ /	/ /	/ /	/ /
Haemophilus B	/ /	/ /	/ /	/ /
Difteria, Tétano Coqueluche	/ /	/ /	/ /	/ /
Poliomielite	/ /	/ /	/ /	/ /
Sarampo	/ /	/ /	/ /	/ /
Febre Amarela	/ /	/ /	/ /	/ /
Sarampo, Caxumba Rubéola	/ /	/ /	/ /	/ /
Hepatite B	/ /	/ /	/ /	/ /

Observação: Para a sua proteção, conserve este cartão junto aos seus documentos de importância. Apresente-o antes de qualquer atendimento médico.



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde
Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

Nome: _____ Tipo Sangüí: _____

RG/Orgão Emissor: _____ Data Nascimento: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ Fone: _____

1 007.059.090 Frente

Idade Adulto (Difteria/Tétano)	Influenza (Gripe)			

007.059.090 Verso

F. Amarela	Outras Vacinas			

007.059.094



Governo do Estado de Mato Grosso
Secretaria de Estado de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde Ambiental

Fronte

Comprovante de Vacinação contra Raiva Animal

Nome do Animal: _____



Cão



Gato

Município: _____

DATA DA VACINA	N.º DO LOTE	REVACINAR

Proprietário: _____

NÃO DEIXE SEU CÃO SOLTO NAS RUAS

007.059.094 verso

RAIVA

A raiva é uma doença fatal causada por um vírus que ataca o cérebro, afetando o Sistema Nervoso Central, tanto do homem quanto do animal.

O vírus fica na saliva do animal raivoso, e é transmitido através do contato por mordedura ou lambidura em feridas ou mucosas (boca, nariz, olhos, etc).

SINTOMAS DA RAIVA

NO HOMEM

- * Irritabilidade;
- * Sensação de angustia;
- * Aversão a água;
- * Sensibilidade a luz ou ruídos;
- * Espasmos musculares na faringe e na língua;
- * Coma;
- * Morte

NO ANIMAL

- * Mudança de comportamento;
- * Latido rouco (uivo);
- * Salivação abundante;
- * Dificuldade para engolir;
- * Paralisia da mandíbula;
- * Dilatação da pupila (olho saltado);
- * Paralisia progressiva;
- * Morte

COMO EVITAR A RAIVA

- * Vacinar todos os anos cães e gatos - (a vacina é grátis);
- * Não permita que seu animal de estimação fique solto na rua;
- * Nunca recolher animais silvestres (morcegos, macacos, outro), cães e gatos de rua, e nem atropelados;

O QUE FAZER QUANDO AGREDIDO

- * Lavar o local da ferida com água e sabão;
- * Procurar atendimento na unidade de saúde mais próxima;
- * Entrar em contato com o Centro de controle de zoonoses ou secretaria de saúde do seu município para observação do animal suspeito;
- * Em caso de contato por morcegos, procurar urgente orientação médica.

Não deixa a bola cair
Vacine seu cão e gato!!!



Cod. 007.059.052



Sistema
Único
de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE BACILOSCOPIA E INFORME DE RESULTADOS

Nome do paciente _____

Idade: _____ Sexo (M) (F) _____ Data de Nasc.: ____ / ____ / ____

Nº do Registro: _____ Solicitante: _____

Data: ____ / ____ / ____

Material para exame: Escarro () Outro: _____

DADOS CLÍNICOS:

1 - Tosse por mais de 3 Semana ()

2 - Febrícula ()

3 - Emagrecimento ()

4 - Anorexia ()

5 - Outros _____

DIAGNÓSTICO

CONTROLE DE TRATAMENTO

1ª AMOSTRA ()

MÊS ()

2ª AMOSTRA ()

RESULTADO DA BACILOSCOPIA

Negativa () Positiva + () Positiva ++ () Positiva +++ () Material Inadequado ()

Observações: _____

Data: ____ / ____ / ____ Responsável: _____

007.059.140

DIÁRIO DE BORDO DO VEÍCULO OU MÁQUINA

Período: Mês: _____ Ano: _____

Veículo: _____

Placa: _____ N° _____

Prezado Funcionário: O Correto preenchimento desta planilha colaborará para a manutenção deste veículo.

ANTES DE OPERAR O VEÍCULO, VERIFIQUE:

Nível da Água ;	Nível do Óleo;	Luz/ Buzina;
Combustível ;	Pneu estepe;	Aparência Externa e Interna
Espelhos;	Limpador para – brisa;	Freio ;
Triângulo;	Chave de Roda;	Extintor de Incêndio;
Documentos;	Pisca - Pisca;	Cinto de Segurança;

“TENHA UM ÓTIMO DIA DE TRABALHO”



Estado de Mato Grosso

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA

CNPJ 15.023.914/0001-45

Cód: 007.059.073

Rua Antenor Mamedes, nº 911 - Fone/Fax (65) 3261-1736
CEP 78.260-000 - Araputanga - Mato Grosso
e-mail: atendimento@araputanga.mt.gov.br



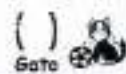


Governo do Estado de Mato Grosso
Secretaria de Estado de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde Ambiental

Comprovante de Vacinação contra Raiva Animal

Nome do Animal: _____

Município: _____



DATA DA VACINA	N.º DO LOTE	REVACINAR

Proprietário: _____

NÃO DEIXE SEU CÃO SOLTO NAS RUAS

RAIVA

A raiva é uma doença fatal causada por um vírus que ataca o cérebro, afetando o Sistema Nervoso Central, tanto do homem quanto do animal.

O vírus fica na saliva do animal raivoso, e é transmitido através do contato por mordedura ou lambidura em feridas ou mucosas (boca, nariz, olhos, etc).

SINTOMAS DA RAIVA

NO HOMEM

- * Irritabilidade;
- * Sensação de angústia;
- * Aversão a água;
- * Sensibilidade a luz ou ruídos;
- * Espasmos musculares na faringe e na língua;
- * Coma;
- * Morte

NO ANIMAL

- * Mudança de comportamento;
- * Latido rouco (uivo);
- * Salivação abundante;
- * Dificuldade para engolir;
- * Paralisia da mandíbula;
- * Dilatação da pupila (olho saltado);
- * Paralisia progressiva;
- * Morte

COMO EVITAR A RAIVA

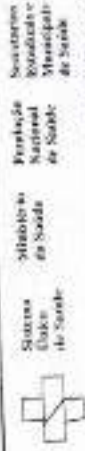
- * Vacinar todos os anos cães e gatos (a vacina é grátis);
- * Não permita que seu animal de estimação fique solto na rua;
- * Nunca recolher animais silvestres (morcegos, macacos, outros), cães e gatos de rua, e nem atropelados;

O QUE FAZER QUANDO AGREDIDO

- * Lavar o local da ferida com água e sabão;
- * Procurar atendimento na unidade de saúde mais próxima;
- * Entrar em contato com o Centro de controle de zoonoses ou secretaria de saúde do seu município para observação do animal suspeito;
- * Em caso de contato por morcegos, procurar urgente orientação médica.

**Não deixe a bola cair
Vacine seu cão e gato!!!**





CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

Nome: _____
Data Nascimento: _____
RG/Orgão Emissor: _____
Endereço: _____
Cidade: _____
UF: _____
País: _____
Tipo Vacinação: _____

1 007.059.090 F.V. 05/09

Vacinas da Infância

	1ª	2ª	3ª	R
Tuberculose BCG	/	/	/	/
Baculopós B	/	/	/	/
Difteria, Tétano e Coqueluche	/	/	/	/
Poliomielite	/	/	/	/
Sarampo	/	/	/	/
Echovírus	/	/	/	/
Sarampo, Coqueluche e Rubéola	/	/	/	/
Hepatite B	/	/	/	/

Observação: Para a sua proteção, conserve este cartão junto aos seus documentos de importância. Apresentar a todos de qualquer atendimento médico.

Dupla Adulto (Difteria/Tétano)

	Influenza (Gripe)

Outras Vacinas

E. Amarela			

007.059.055

SUS - MT SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MATO GROSSO

Prefeitura Municipal de Araputanga

RECEITUÁRIO

Nome: _____

_____/_____/_____
Data

Ass. de Médica CRC -

201617 (RC)

007.059.056

SUS - MT

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MATO GROSSO

Prefeitura Municipal de Araputanga

ATESTADO ODONTOLÓGICO

Atesto, para fins _____ que o(a) paciente,

estive hoje no posto de Saúde, para Tratamento Odontológico.

Araputanga - MT, _____ de _____ de _____

Ass. Odontólogo

007.059.130



SUS - MT

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DE MATO GROSSO

Prefeitura Municipal de Araputanga

~~RECEITUÁRIO~~ Declarados

Nome: _____

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA - FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA - PACIENTE

007.059.032

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo
CNPJ: 0000
UF:
End.:
Cidade:
UF:
Tel.:

Carimbo do Médico

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome completo:
Identidade:
End.:
Cidade:
UF:
Órgão Emissor:

Assinatura do Farmacêutico

Data



Estado de Mato Grosso
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA
CNPJ 15.023.914/0001-45

Ced: 007.059.055

Rua Antenor Mamedes, n° 911 – Fone/Fax (65) 3261-1100
CEP 78.260-000 – Araputanga – Mato Grosso
E- mail: gabinete@araputanga.mt.gov.br



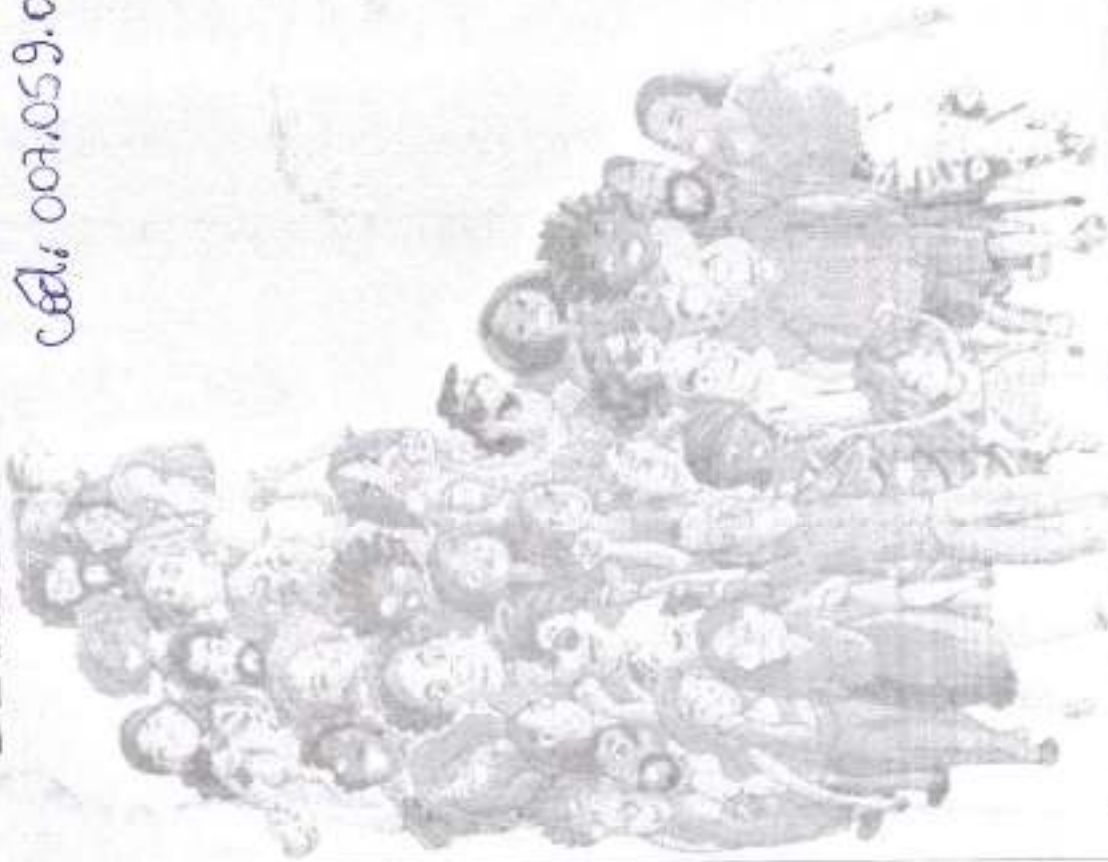
Prefeitura Municipal de Araputanga
 Secretaria de Ação Social
 Centro de Referência de Assistência Social

Cod: 007.059.006
 007.059.066
 007.059.067



III CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Cod: 007.059.074





Estado de Mato Grosso

Cod: 007.059.033 1ª via

Prefeitura Municipal de Araputanga

COMUNICAÇÃO INTERNA

Secretaria de 2ª via

Ao: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____



Estado de Mato Grosso

Cod: 007.059.033 2ª via



Prefeitura Municipal de Araputanga

COMUNICAÇÃO INTERNA

Secretaria de 2ª via

Ao: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____





Ced. 007.059.078
007.059.076
007.059.077
007.059.078

1º SEMINÁRIO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO NO CAMPO

ARAPUTANGA - MATO GROSSO

Cód: 007.059.105

Foto 3X4	 <p>ESTADO DE MATO GROSSO PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA TRANSPORTE ESCOLAR</p> <p>Aluno: _____ Data Nasc.: ____/____/____</p>
<p>End.: _____ Fone: _____ Escola: _____ Turno: _____ Linha: _____</p>	

007.059.163 frente



MINISTÉRIO DA SAÚDE/SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
CENTRO DE REABILITAÇÃO INTEGRAL DOM AQUINO CORRÊA - CRIQAC
Relatório de Ocorrência Ambulatorial/BPA-I

COLE AQUI A ETIQUETA

CNS DO PROFISSIONAL: _____

CBO DO PROFISSIONAL: _____

CID: _____ CÓD. PATOLOGIA: _____

CATEGORIA DO ATENDIMENTO: _____

1. GRAU DE INSTRUÇÃO

1.1	Sem instrução	
1.2	Educação Infantil	
1.3	Ensino Fundamental Completo	
1.4	Ensino Fundamental Incompleto	
1.5	Ensino Médio Completo	
1.6	Ensino Médio Incompleto	
1.7	Técnico/Superior Completo	
1.8	Técnico/Superior Incompleto	

2. CAUSA DAS DOENÇAS

2.1	Doença congênita / Neonatal	
2.2	Doença Crônica Degenerativa	
2.3	Doença Infecçiosa	
2.4	Ferimento por Arma de Fogo	
2.5	Ferimento por Arma Branca	
2.6	Acidente de Trânsito	
2.7	Acidente de Trabalho	
2.8	Acidente Doméstico	
2.9	Lesões Auto-provocadas Voluntariamente	
2.10	Ataque/Sumersão Acidental**	
2.11	Outras Causas Externas***	
2.12	Outras:	
2.13	Doença Ocupacional (LER, DORT, PAIR, Intox)	

* Tentativa de Suicídio ** Inclusiva lesões provocadas por mergulho
*** Choque elétrico, radiações, queimaduras, queimaduras por agentes químicos, físicos e outros

3. ENCAMINHAMENTO POR

3.1	Serviço de Urgência/Emergência	
3.2	Hospital	
3.3	Hospital com Leito de Reabilitação	
3.4	Outros Serviços e Reabilitação	
3.5	Ambulatório Especializado	
3.6	Ambulatório Básico ou PSF	
3.7	Demanda Espontânea	
3.8	Outras:	

4. TEMPO DA DOENÇA

4.1	Até 1 Mês	
4.2	De 01 a 03 meses	
4.3	De 03 a 05 meses	
4.4	De 06 meses a 01 ano	
4.5	De 01 a 02 anos	
4.6	Acima de 02 Anos	

5. CONCESSÃO DE ÓRTESES S() N()

5.1 TIPO DE AJUDA TÉCNICA

5.1.1	Órtese	
5.1.2	Prótese	
5.1.3	Meios Auxiliares de Locomoção	

6. TEMPO DE TRATAMENTO (até data de entrega do ROA)

6.1	Até 30 dias	
6.2	De 30 a 60 dias	
6.3	De 60 a 90 dias	
6.4	De 90 a 120 dias	

6.5	De 120 a 150 dias	
6.6	De 150 a 180 dias	
6.7	Acima de 180 dias	

7. ALTA PARA (se for o caso)

7.1	Retorno para o Trabalho. Atividade Adaptada	
7.2	Retorno para o Trabalho. Mesma Atividade	
7.3	Retorno para a Escola	
7.4	Sem condições de Atividades Laborais	
7.5	Atividades Domésticas	
7.6	Não Corresponde Não Estuda Não Trabalha	
7.7	Sem Condições de Informar	

8. TIPO DE ATENDIMENTO / ATIVIDADE

8.1	Atendimento Ambulatorial	
8.2	Atendimento Hospitalar	
8.3	Atendimento Domiciliar	
8.4	Palestras - Educação e saúde	
8.5	Deteção precoce (Externas a Instituição)***	
8.6	Reuniões Interdisciplinares**	

** - Assis. Escolas, Grupos... ** PSF/PACS/CAPS

9. TIPO DE ALTA

9.1	Sem condições de alta	
9.2	Alta por abandono de tratamento	
9.3	Independente	
9.4	Independente com ajuda técnica	
9.5	Dependente	
9.6	encaminhado para outro serviço	
9.7	Óbito	

10. SEQUELAS DE ACIDENTE DE TRABALHO

10.1	Amputação MMSS	
10.2	Amputação MMII	
10.3	Lesão central	
10.4	Lesão periférica MMSS	
10.5	Lesão periférica MMII	
10.6	Lesão auditiva	
10.7	Lesão visual	
10.8	Sequelas cardio-respiratórias	
10.9	Lesões Maxilo-faciais	
10.10	Lesão coluna vertebral	

11. IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHO

11.1	Trabalho Formal	
11.2	Trabalho Informal	
11.3	Trabalho Rural	
11.4	Trabalho Urbano	

12. ACIDENTE DE TRABALHO S() N()

12.1	Preenchimento da CAT S() N()	
12.2	Nome da Empresa:	
12.3	Função:	

007.059.163 Verme

13. CONTROLE DE ATENDIMENTO

MÊS:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Cód. Avaliação: _____

Cód. SIA/SUS: _____

Cód. SIA/SUS: _____

Cód. SIA/SUS: _____

CID: _____ Total: _____

CID: _____

CID: _____

MÊS:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Cód. Avaliação: _____

Cód. SIA/SUS: _____

Cód. SIA/SUS: _____

Cód. SIA/SUS: _____

CID: _____ Total: _____

CID: _____

CID: _____

MÊS:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Cód. Avaliação: _____

Cód. SIA/SUS: _____

Cód. SIA/SUS: _____

Cód. SIA/SUS: _____

CID: _____ Total: _____

CID: _____

CID: _____

MÊS:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Cód. Avaliação: _____

Cód. SIA/SUS: _____

Cód. SIA/SUS: _____

Cód. SIA/SUS: _____

CID: _____ Total: _____

CID: _____

CID: _____

MÊS:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Cód. Avaliação: _____

Cód. SIA/SUS: _____

Cód. SIA/SUS: _____

Cód. SIA/SUS: _____

CID: _____ Total: _____

CID: _____

CID: _____

MÊS:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Cód. Avaliação: _____

Cód. SIA/SUS: _____

Cód. SIA/SUS: _____

Cód. SIA/SUS: _____

CID: _____ Total: _____

CID: _____

CID: _____

Assinatura do Paciente

Carimbo e Assinatura do Profissional

Bloco de Relatórios ~~de~~ de pacientes UDR
007.059.135



Estado de Mato Grosso

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA

CNPJ 15.023.914/0001-45

Rua Antenor Mamedes, nº 911 – Fone/Fax (65) 3261-1736.
CEP 78.260-000 – Araputanga – Mato Grosso
E-mail: gabinete@araputanga.mt.gov.br



007.059.133



Estado de Mato Grosso
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRO DE REABILITAÇÃO

Paciente: _____ Idade: _____ Sexo: M [] F [] CPF: _____
 Profissional: _____ Área: _____
 Nome da Mãe: _____ Naturalidade: _____
 Código da Patologia (ver tabela): _____ Código do Procedimento (ver tabela): _____

GRAU DE INSTRUÇÃO

Sem Instrução	
Educação Infantil	
Ensino Fundamental Completo	
Ensino Fundamental Incompleto	

Ensino Médio Completo	
Ensino Médio Incompleto	
Técnico/Superior Completo	
Técnico/Superior Incompleto	

CAUSA DA DOENÇA

Doença Congênita / Nacional	
Doença Infecçiosa	
Doença Crônica Degenerativa	
Ferimento Por Arma de Fogo	

Ferimento Por Arma Branca	
Acidente de Trânsito	
Acidente de Trabalho	
Acidente Doméstico	

Lesões Auto-Provoadas Voluntariamente*	
Afogamento/Submersão Acidental**	
Outras Causas Externas***	
Outras	

*Tentativa de Suicídio - **Inclui Lesões provocadas por mergulho - ***Choque Elétrico, Radiação, Quedas, Queimaduras ocasionadas por agentes físicos e químicos

ENCAMINHADO POR

Enc. Serviço Urgência/Emergência	
Encaminhado Por Hospital	
Enc. Hospital Com Leito Reabilitação	
Enc. Por Outros Serviços de Reabilitação	

Enc. Ambulatório Especializado	
Enc. Ambulatório Básico ou PSF	
Demanda Espontânea	
Outras	

TEMPO DA DOENÇA

Até 01 mês	
De 01 a 03 meses	
De 03 a 06 meses	

De 06 meses a 01 ano	
De 01 ano a 02 anos	
Acima de 02 anos	

SIM
 NÃO

CONCESSÃO DE ÓRTESE

Tipo de Ajuda Técnica	
Órtese	
Prótese	
Meios Auxiliares de Locomoção	

TEMPO DE TRATAMENTO
(Até data de entrega do ROA)

Até 30 dias	
De 30 a 60 dias	
De 60 a 90 dias	
De 90 a 120 dias	
De 120 a 150 dias	
De 150 a 180 dias	
Acima de 180 dias	

ALTA PARA (se for o caso)

Retorno Para a Escola	
Retorno Para o Trabalho - Mesma Atividade	
Retorno para o Trabalho - Atividade Adaptada	
Sem Condições de Atividades Laborais	
Atividades Domésticas	
Não Corresponde - Não Estuda - Não Trabalha	
Sem Condições de Informar	

TIPO DE ATENDIMENTO/ATIVIDADE

Atendimento Ambulatorial	
Atendimento Hospitalar	
Atendimento Domiciliar	
Palestras - Educação e Saúde	
Deteção Precoce (Excemas à Instituição)***	
Reuniões Interdisciplinares**	

*** Aulas, Escolas, Creches - ** PSE/PACS/CAFS

TIPO DE ALTA

Sem Condições de Alta Independente	
Alta Por Abandono de Tratamento Dependente	
Independente Com Ajuda Técnica	
Encaminhado Para Outro Serviço	
Óbito	

SEQUELA DE ACIDENTE DE TRABALHO

Amputação MMSS	
Amputação MMBB	
Lesão Central	
Lesão Periférica MMSS	
Lesão Periférica MMBB	
Lesão Auditiva	
Lesão Visual	
Seqüelas cardiopulmonares	
Lesões Maxilo-faciais	
Lesão Coluna Vertebral	



Prefeitura Municipal de Araputanga

Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Descentraliza de Reabilitação



007.059.1322

FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Data: ____/____/____

Assunto/Encaminhamento: _____

FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Data: ____/____/____

Assunto/Encaminhamento: _____

FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Data: ____/____/____

Assunto/Encaminhamento: _____

FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Data: ____/____/____

Assunto/Encaminhamento: _____

007.059.183

**Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Descentraliza de Reabilitação**

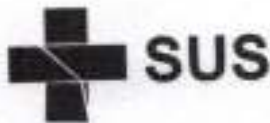
CARTÃO DE MATRÍCULA INDIVIDUAL

NOME:

ENDEREÇO:

TELEFONE:





Secretaria Municipal de
Saúde de Araputanga

007.059.122
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAPUTANGA

FICHA DE COLETA DE ÁGUA

1 - Amostra nº:	
2 - Solicitante:	
3 - Município:	
4 - Regional de Saúde:	
5 - Tipo de análise: () VIGIÁGUA () Fiscal () Surto () Outros:	
6 - Tipo de água: () Bruta () Tratada	
7 - Ponto de coleta:	
8 - Procedência:	
9 - Data da coleta:	10 - Hora:
11 - Endereço da Coleta:	
12 - Responsável pela Coleta:	13 - Fone de Contato: ()
14 - Medidas de campo: Cloro (mg/l): PH: Turbidez (NTU): Flúor:	
15 - Análises Solicitadas: Físico-química () Microbiológica ()	
16 - Observações:	

PARA USO EXCLUSIVO DO LABORATÓRIO

REGISTRO N.º: /	Recebido por:
Data de entrada no Laboratório: / /	Hora:
Resultados Laboratoriais Turbidez (NTU): Coliformes totais (P/A): <i>Escherichia coli</i> (P/A):	
CONCLUSÃO: código ()	
Data: / /	Assinatura do analista



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAPUTANGA VIGILÂNCIA AMBIENTAL

CONTROLE DE FOCOS DO AGENTE

007.059.109

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125
126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175
176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225
226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250
251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275
276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300
301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325
326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350
351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375
376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400
401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425
426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450
451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475
476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500
501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525
526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575
576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600
601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625
626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650
651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675
676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700
701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725
726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750
751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775
776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800
801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825
826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850
851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875
876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900
901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925
926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950
951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975
976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000

NOME DO AGENTE: _____

ANO: _____

007.059.092



PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

01	Controle Digitação
----	--------------------

02	Município	03	Código e nome da localidade	04	Zona								
05	Categ. localid	06	Tipo	07	Ciclo/ano	08	Concluído?	09	Sem. Epidem.	10	Data início	11	Data final
			1-sede 2-outros		/		S-sim N-não	/		/ /		/ /	

Atividade			
12	1-LI - Levantamento de índice	2-LI+T - Levantamento de índice + Tratamento	3-PE - Ponto Estratégico
	4 - T - Tratamento	5-DF - Delimitação de Foco	6-PVE - Pesquisa Vetorial Especial

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

13	Nº Imóveis trabalhados por tipo							Nº Imóveis			Pendência						
	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26				
	Residência	Comércio	TB	PE	Outros	Total	Focal	Perifocal	Inspecionados	Amostras Coletadas	Recusa	Fechados	Recuperados				
PE - Ponto Estratégico																	
TB - terreno baldio																	
Nº depósitos inspecionados por tipo																	
27	A1	28	A2	29	B	30	C	31	D1	32	D2	33	E	34	Total	35	Depósito Eliminado
Nº depósitos tratados																	
Larvicida (1)							Larvicida (2)										
36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53
	Tipo	Qtd. (Gramas)	Qtd. dep. trat.	Tipo	Qtd. (gramas)	Qtd. dep. trat.	Adulticida Tipo	Qtd. (Cargas)	Agente por dia Trabalhado								

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº depósitos com espécimes por tipo																			
	45	A1	46	A2	47	B	48	C	49	D1	50	D2	51	E	52	Total			
	com <i>Aedes aegypti</i>																		
	com <i>Aedes albopictus</i>																		
A1 - cist. d'água (elevado) A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo) B - Pequenos depósitos móveis C - Depósitos fixos D1 - Pratos e outros materiais rotantes D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatos, entulhos E - Depósitos naturais																			
Nº de imóveis com espécimes, por tipo																			
	53	Residência	54	Comércio	55	Terrano Baldio	56	Ponto Estratégico	57	Outros	58	Total	Nº de exemplares						
												59	Larvas	60	Pupas	61	Exúvia de pupa	62	Adultos
	com <i>Aedes aegypti</i>																		
	com <i>Aedes albopictus</i>																		
	Outros																		
63				64				65											
Nº de seq. dos quarteirões com <i>Aedes aegypti</i>				Nº de seq. dos quarteirões com <i>Aedes albopictus</i>				Nº de seq. dos quarteirões com <i>Aedes aegypti</i> + <i>Aedes albopictus</i>											
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
66											67								
Visto do Supervisor											Data de visto								

007.059.089

0 ↓

DENGUE/ENTOMOLOGIA	
N° da amostra: _____	
Município:	_____
Bairro:	_____
Quart.:	Casa n° _____
Rua:	_____
Deposito:	_____
Tipo imóvel:	_____
N. de Larvas:	Pupas: _____
Agente:	_____
Data:	_____
LABORATORIO	
Ae. aegypti: Larvas	Pupas _____
Ae. albopictus: Larvas	Pupas _____
Outr. Larvas	Pupas _____

007.059.096

Boletim de Campo e de Laboratório do Levantamento Rápido de Índices - LIRA

MUNICÍPIO: _____ N.º DE QUARTÉIROS: _____ N.º DE BLOQUEIOS: _____ ESTRATO: _____
 BAIRRO (S): _____ FOLHA: _____

N.º DO QUARTÉI (Rua, Av., Praça, etc.)	PREENCHIMENTO NO CAMPO										LABORATÓRIO					
	ENDEREÇO		N.º DE RECIPIENTES COM FOCO			IDENTIFICAÇÃO		NÚMERO DE TUBITOS			NÚMERO DE RECIPIENTES POSITIVOS					
	Logradouro (Rua, Av., Praça, etc.)	N.º comp.	Imóvel (TE, QU, TI, etc.)	TIPO DE RECIPIENTE			N.º das armadilhas colocadas	4.º tubo	EXAMINADOS	POSITIVOS	alterações	Aedes aegypti				
				A	B	C	D	E	A.1	A.2	B	C	D	E	TOTAL	Andes abundantes
TOTAL																
<p>Grupo A - Anzolamentos de água (resíduos, buracos, etc.) A.1 - Caixa d'água ligada a rede (aberto ou fechado) A.2 - Depósito no nível do solo (cuncho de concreto, buraco, etc.) A.3 - Depósito de água (tanque, etc.)</p> <p>Grupo B - Depósitos de lixo B.1 - Prata e outros materiais (plásticos, papéis, etc.) B.2 - Lixo (saco, plástico, papéis, etc.) B.3 - Lixo (saco, plástico, papéis, etc.)</p> <p>Grupo C - Depósitos de água (resíduos, buracos, etc.) C.1 - Caixa d'água ligada a rede (aberto ou fechado) C.2 - Depósito no nível do solo (cuncho de concreto, buraco, etc.) C.3 - Depósito de água (tanque, etc.)</p> <p>Grupo D - Depósitos de água (resíduos, buracos, etc.) D.1 - Prata e outros materiais (plásticos, papéis, etc.) D.2 - Lixo (saco, plástico, papéis, etc.) D.3 - Lixo (saco, plástico, papéis, etc.)</p>																
<p>Grupo E - Outros E.1 - Prata e outros materiais (plásticos, papéis, etc.) E.2 - Lixo (saco, plástico, papéis, etc.) E.3 - Lixo (saco, plástico, papéis, etc.)</p>																

Nome: _____ Data: _____
 Assinatura do Supervisor: _____

007-059.128

Unidade: 297304

Período:	IDADE	Sexo	GEST. E NUT.	Procedimentos		EXAME CLINICO		Odontologia Preventiva				Dentística I	Dentística II	Pulpotomia	Endodontia	Odontologia Cirúrgica I	Odontologia Cirúrgica II	Odontologia Cirúrgica III	Odontologia Cirúrgica IV	Tec. Moles	Cirúrgica V	Tec. Duros	Anestésico	Aguilhas	OBSERVAÇÕES					
				0	I	II	III	I	II	III	IV																			
TOTAL	ATÉ 14 ANOS	FEMININO																												
			MASCULINO																											
				OUTRAS																										
				NUTRIZES																										
			GESTANTES																											

TOTAL

TOTAL

007.059.115

SUS-MT SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MATO GROSSO
 Prefeitura Municipal de Araputanga

Nome: _____
 Dr.: _____
 Data: _____ Idade: _____

HEMOGRAMA COMPLETO

Série Vermelha		Valores Normais
Hemácias	M - 4,5 a 6,0 milhões p/ mm ³	
	F - 4,0 a 5,5 milhões p/ mm ³	
Hemoglobina	M - 14 a 16g - 87 a 100%	
	F - 13 a 15g - 81 a 94%	
Hematócrito	M - 40 a 50%	
	F - 37 a 45%	
VGM	M - F 80 a 94 micra cúbicos	
HGM	M - 27 a 32 micromicrogramas	

Total de Leucócitos	Série branca		
	Valores Relativos	Valores Absolutos	Valores normais %
Bastos			0 a 0
Bastonetes			1 a 5
Segmentados			50 a 60
Eosinófilos			2 a 4
Basófilos			0 a 2
Linfócitos			20 a 30
Monócitos			2 a 8
Plaquetas			

Obs: _____ RESPONSÁVEL

007.059.115

SUS - MT SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MATO GROSSO
 Prefeitura Municipal de Araputanga

Nome: _____ Idade: _____

Médico: _____

ASLO - Resultado _____ U/ml
 Valor de Referência - até 200 U/ml

PCR - Resultado _____ mg/l
 Valor de Referência - até 6 mg/l

LATÉX - Resultado _____ U/ml
 Valor de Referência - até 20 U/ml

VHS - Resultado _____ mm na 1ª hora
 _____ mm na 1ª hora

 Data

 Responsável

007.059.113



SISTEMA ÚNICO DE SAUDE DE MATO GROSSO

Prefeitura Municipal de Araputanga

Nome: _____ Idade: _____

Médico: _____

GLICEMIA DE JEJUM

RESULTADO: _____ mg/dl

TEMPO DE SANGRAMENTO

RESULTADO: _____

TEMPO DE COAGULAÇÃO

RESULTADO: _____

_____/_____/_____
Responsável

007.059.112



SISTEMA ÚNICO DE SAUDE DE MATO GROSSO

Prefeitura Municipal de Araputanga

Nome: _____ Idade: _____

Médico: _____

TIPAGEM SANGUINEA

GRUPO ABO: _____ FATOR RH: _____

VDRL: _____

GLICEMIA: _____ mg/dl

_____/_____/_____
Data

Responsável

007.059.025



**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DE MATO GROSSO**

Prefeitura Municipal de Araputanga

Nome: _____ Idade: _____

TESTE RÁPIDO PARA VDRL

RESULTADO _____

MATERIAL: SANGUE TOTAL

TESTE RÁPIDO PARA HBsAg

RESULTADO _____

MATERIAL: SANGUE TOTAL

TESTE RÁPIDO PARA HCV

RESULTADO _____

MATERIAL: SANGUE TOTAL

TESTE RÁPIDO PARA HIV

RESULTADO _____

MATERIAL: SANGUE TOTAL

_____/_____/_____
Data

Responsável

007.059.036

Ministério da Saúde



SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Prefeitura Municipal de Araputanga
Secretaria Municipal de Saúde

PEDIDO DE EXAME

Nome: _____ Idade: _____

Pedido por Dr. _____ N° Ficha: _____

Data: ____/____/____

- Hemograma
- Tipagem Sanguínea
- VDRL
- Glicemia
- VHS
- LATÉX (FR)
- PCR
- Ureia
- Creatinina
- Colesterol
- Triglicéides
- TGO / TGP
- Bilirrubinas
- PPD
- R. Montenegro
- Bact. Leishmaniasis
- Bact. Tuberculose
- Urina
- Urina tipo I
- Teste de gravidez
- Fezes
- Parasitológico

Outros Exames: _____

007.059.033



**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DE MATO GROSSO**

Prefeitura Municipal de Araputanga

Nome: _____ Idade: _____

Médico: _____

TIPAGEM SANGUINEA

GRUPO ABO: _____ FATOR RH: _____

_____/_____/_____
Data Responsável

007.059.030



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

SOLICITAÇÃO DE BACILOSCOPIA E INFORME DE RESULTADOS

Nome do paciente _____

Idade: _____ Sexo (M) (F) _____ Data de Nasc.: ____/____/____

Nº do Registro: _____ Solicitante: _____

Data: ____/____/____

Material para exame: Escarro () Outro: _____

DADOS CLÍNICOS:

- 1 - Tosse por mais de 3 Semana ()
- 2 - Febrícula ()
- 3 - Emagrecimento ()
- 4 - Anorexia ()
- 5 - Outros _____

DIAGNÓSTICO

1ª AMOSTRA ()

2ª AMOSTRA ()

CONTROLE DE TRATAMENTO

MÊS ()

RESULTADO DA BACILOSCOPIA

Negativa () Positiva + () Positiva ++ () Positiva +++ () Material Inadequado ()

Observações: _____

Data: ____/____/____ Responsável: _____

007.059.037



SUS - MT

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DE MATO GROSSO

Prefeitura Municipal de Araputanga

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Data

Ass. do Médico CRC

007.059.024

SUS - MT

Sistema Único de Saúde
de Mato Grosso

Prefeitura Municipal de Araputanga

RESULTADO DO EXAME DE FEZES

Unidade: _____

Nome: _____

Idade: _____

Médico: _____

E. Histolytica	()	Ascarí Lumbricoides	()
E. Coli	()	Schistosoma Mansoní	()
E. Nana	()	Enter. Vermiculares	()
I. Butschlii	()	Trichoc. Trichiura	()
D. Fragilis	()	Ancilostomídeo	()
C. Mesnili	()	Taenia S.P	()
G. Lamblia	()	Hymenolepis S.P	()
B. Coli	()	Larvas S. Stercoralis	()
T. Hominis	()	Ausente	()

OBS.

____/____/____
Data

Responsável

007.059.029



SUS - MT

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DE MATO GROSSO**

Prefeitura Municipal de Araputanga

Nome: _____ Idade: _____

Médico: _____

DOSAGEM DA GLICOSE - Resultado _____ mg/dl
valores de referência - 80,0 a 99,0 mg/dl

DOSAGEM DO COLESTEROL - Resultado _____ mg/dl
valores de referência - (desejável) até 200,0 mg/dl

DOSAGEM DE TRIGLICÉRIDES - Resultado _____ mg/dl
valores de referência - (desejável) até 200,0 mg/dl

DOSAGEM DE URÉIA - Resultado _____ mg/dl
valores de referência - 15,0 a 40,0 mg/dl

DOSAGEM DA CREATININA - Resultado _____ mg/dl
valores de referência - 0,4 a 1,3 mg/dl

_____/_____/_____
Data

Responsável

007059.026



SUS - MT

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DE MATO GROSSO**

Prefeitura Municipal de Araputanga

Nome: _____ Idade: _____

Médico: _____

PESQUISA PARA BHCG

RESULTADO: _____

Material: Soro () Urina ()

_____/_____/_____
Data

Responsável

007.059.027



SUS -

Sistema Único de Saúde

Prefeitura Municipal de Araputanga

UNIDADE: _____

NOME: _____

MÉDICO: _____

IDADE: _____

DATA: _____

EXAME DE URINA CARACTERÍSTICAS GERAIS

Volume
Densidade
PH
Cor

EXAMES QUÍMICOS

Proteína
Glicose
Acetona
Pig. Biliares
Urobilinogênio
Hemoglobina
Bilirrubina
Nitrito

MICROSCOPIA DO SEDIMENTO

Lencócitos
Hemácias
Cilindros
Cristais
Cel. Espiteliais
Leveduras
Filamento de Muco
Flora e Bacteriana

OBS.: _____

Responsável

009.059.023



ROTEIRO DE VIAGEM PARA AMBULÂNCIA

Dia: _____ Motorista: _____

Carro: _____ Placa: _____

Km Saída: _____ Km Chegada: _____

Horário de Saída: _____ Chegada: _____

Abastecimento: _____ lts Km: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante _____

Local de Saída: _____ Hs: _____

Local da Consulta: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante _____

Local de Saída: _____ Hs: _____

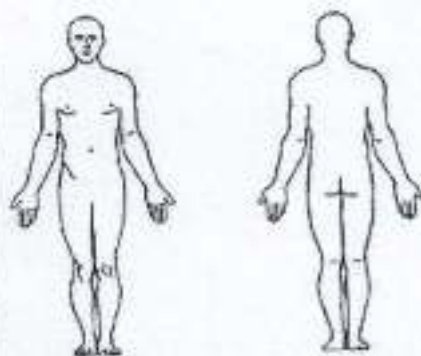
Local da Consulta: _____

CNS: _____

DERMATOLOGIA SANITÁRIA - FICHA CLÍNICA HANSENÍASE

Data:	Prontuário:	
Unidade de Saúde:	Regional:	
Nome:	Sexo:	
Data Nascimento:	Idade:	
Profissão:	Escolaridade:	
Raça / Cor:	Nº cartão SUS:	
Endereço:		
Bairro:		
Telefone:		
Contato Intra domiciliar:		Contato Extra domiciliar:

ASSINALAR NO DESENHO A LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES E NERVOS



HISTÓRICO

Modo de Entrada: Caso Novo () Outros Reingressos () Recidiva () Outros:		
Forma Clínica: I - T - D - V	Classificação Operacional: PB - MB	
Esquema Terapêutico Inicial		
1 - PQT/Pb - 6 doses	2 - PQT/Mb - 12 doses	3 - Outros Esquemas:
Responsável:		Assinatura e Carimbo:

007.059.139



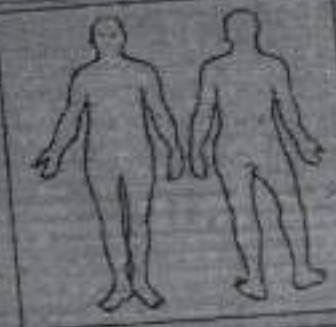
Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica
de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos - PCID < 15

1 - Unidade de Saúde _____ 3 - CPF _____
 2 - Município _____ 5 - Nº Promissão _____
 4 - Nome do Paciente _____
 6 - Nome da Mãe _____
 7 - Data do Nascimento: ____/____/____ 8 - Idade: _____ anos
 9 - Município de Residência _____ 10 - UF: _____
 11 - Há quanto tempo reside nessa município? _____
 12 - Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?
 Menos de 2 meses De 3 meses há 1 ano Mais de 1 ano
 13 - Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual? Não Sim
 Qual o problema/doença havia sido identificado? _____
 14 - Existem outras pessoas com problemas de pele na família? Não Sim Quantas? _____
 Não Sim Quantas? _____
 15 - Existe ou existiu doente de hanseníase na família? Não Sim Quantas? _____

OBS.: Todos os contatos de menores de 15 anos devem ser examinados

EXAME DO DOENTE

16 - Número de lesões de pele: _____
 17 - Tipos característicos de lesões:
 Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s) ou alter. sensibilidade w/ alter. sensibilidade
 Mancha(s) com alteração de coloração da pele ou alter. sensibilidade w/ alter. sensibilidade
 Placas eritematosas com bordas elevadas ou alter. sensibilidade w/ alter. sensibilidade
 Nódulos/pápulas Infiltração Outras (especificar) _____
 18 - Estado de BCG: Nenhuma Uma Duas ou mais
 19 - Existem áreas com rarefação de pelo? Não sim Quantas? _____
 20 - Existem nervos acometidos? Não sim Quantos? _____
 21 - Teste de História: Não realizado realizado Resultado: _____



22 - Localize as lesões e nervos acometidos no esquema disponível ao lado

23 - Avaliação do grau de incapacidade:

Grau	O L H O		M ã o		P e	
	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
	Logotipos em, archedo			Lesões tróficas ou lesões traumáticas		
2	Injúria			Garras		
	Opacidade corneal neutra			Restrição		
	Atividade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 1m			Mão caia		
				Sinais e/ou Sintomas	D	E
				Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
				Diminuição ou perda da sensibilidade		
				Lesões tróficas ou lesões traumáticas		
				Garras		
				Restrição		
				Pé caia		
				Captação do bônus		

24 - Caso confirmado como caso de Hanseníase? Não Sim
 25 - Data do diagnóstico: ____/____/____ 26 - Classificação Operacional: P4 M8
 26 - Nome do profissional: _____ CRM: _____
 27 - Data do preenchimento do protocolo: ____/____/____ 28

Anexar a cópia desta ficha ao prontuário, mesmo daqueles não confirmados.
 SENDO CASO DE HANSENIASE, ANEXAR ESTA FICHA À DO SINAN E ENCAMINHAR À SMS

Freitas

02.159.197

Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos

28- Qual a categoria profissional do funcionário que realizou a avaliação de incapacidade:

Mão e Pé: _____ Olho: _____

29- Os pais ou responsável foram orientados quanto a prevenção de incapacidades? () Sim () Não

30- Qual a categoria profissional do funcionário que fez a orientação: _____

31- Teve ou tem contato com doente de Hanseníase? () Sim () Não

Nome: _____ N° Sinan: _____

32- Tipo de contato: (parente, vizinho, outros: mencionar) _____

33- N° de Contatos Registrados: ()

34- N° de Contatos Examinados: ()

N°	Nome do Contato	Idade	Parentesco ou outro tipo de contato	Data da Avaliação Dermat. (Mês/Ano)	Resultado Avaliação D. Neurol.			Tratamento Anterior		Dose BCG	
					1- Sade	2- Duplo	3- Em Invs.	1- Completo	2- Incompleto	3- Não Tratado	1ª dose (Mês/Ano)
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											

Nome do Responsável pelo Preenchimento: _____

Categoria Profissional: _____

Data: / /

Urso

007.059.127



Sistema
nico de
saúde

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SISTEMA ESTADUAL DE REFERÊNCIA - SER - SUS
COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE - CIB
CENTRAL REGIONAL DE REGULAÇÃO DE CÂNCERES

FORMULÁRIO
DE SOLICITAÇÃO
DE EXAMES

Número

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA

A) IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Paciente Internado () Local: _____

Paciente Ambulatorial: () Local: _____

B) DADOS CLÍNICOS (natureza da lesão, tempo de evolução, sintomas):

C) SINAIS SUGESTIVOS DE LESÃO NERVOSA:

1) Déficit motor (descrever a distribuição e intensidade)

2) Déficit sensitivo (descrever tipo, distribuição, intensidade. Preencher mapa no verso)

3. Segmentos a serem examinados.

() MSD () MSE () MID () MIE

() Outros: _____

Data: ____/____/____

Carimbo e Assinatura do Médico



REQUISIÇÃO

1) Nº Requisição: _____ 2) Unidade da Saúde (ou outra fonte)*: _____ 01) CNES*: _____

3) Município de Atendimento: _____ 4) Código IBGE*: _____ 5) UF: _____

7) Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Profissional de Saúde*: _____ 8) Nome do Profissional de Saúde** _____ 9) Número do Conselho/Matricula*: _____ 10) Rubrica _____

11) Data de Solicitação*: _____ 12) Finalidade*: _____ 13) Descrição de Finalidade: _____
 1 - Consulta 2 - Inquérito 3 - Investigação
 4 - Programa 5 - Protocolo 6 - Projeto 8 - Ignorado

PACIENTE

14) Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Paciente*: _____ 15) Nome do Paciente** _____

16) Data de Nascimento** _____ 17) Idade** _____ 18) Sexo** _____ 19) Nacionalidade*: _____
 1 - Masculino 2 - Fêmea 3 - Menor 4 - Adulto M - Masculino I - Ignorado F - Fêmea

20) Raça/Cor*: _____ 21) Etnia* _____ 22) Nome da Mãe* _____
 1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação

23) Documento 1: _____ 24) Documento 2: _____
 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH (Número) 4 - CNH (Número)
 5 - CNAD 6 - PROMT 7 - INEPREN 8 - CNAD 9 - PROMT 7 - INEPREN

25) Logradouro (Rua, Avenida...): _____ 26) Número: _____

27) Complemento do Logradouro: _____ 28) Ponto de Referência: _____ 29) Bairro: _____

30) Município de Residência** _____ 31) Código IBGE** _____ 32) UF* _____

33) CEP: _____ 34) DDD / Telefone: _____ 35) Zona: _____ 36) País (Se reside fora do Brasil)** _____
 1 - Urbano 2 - Periurbano 3 - Rural 4 - Silvestre 5 - Ignorado

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

37) Agravado(a): _____ 38) Data dos Primeiros Sintomas: _____ 39) Estado Civil: _____
 1 - 1ª vez 2 - 2ª vez 3 - 3ª vez 4 - Ignorado 5 - Mãe 6 - Mãe em Alça 9 - Ignorado

40) Caso: _____ 41) Tratamento: _____ 42) Etapas de Tratamento: _____
 1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhante 4 - Contato 5 - Contato 1 - Dia 2 - Sertana 3 - Preparamento 4 - Tratamento 5 - Reatamento
 6 - Caso grave 7 - Surto 8 - Diagnóstico 9 - Ignorado 10 - Mês 11 - Ano 9 - Ignorado 12 - Avaliação de Resistência 13 - Ignorado

43) Paciente tomou vacina? _____ 44) Vacina? _____ 45) Data da Última Dose: _____
 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado

SINAN

46) Notificado ao SINAN: _____ **Preencher com as informações para rastreamento no Sistema Nacional de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde.** 47) CID 10* _____ 48) Nº Notificação do SINAN* _____ 49) Data de Notificação* _____
 1 - Sim

50) Unidade de Saúde Notificante: _____ 51) CNES* _____

52) Município de Notificação: _____ 53) Código IBGE* _____ 54) UF _____

AMOSTRA / EXAME

55) Pesquisa (x) / Exame(s) Solicitado(s) *	56) Material Biológico *	57) Localização:	58) Amostra (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20)	59) Data de coleta *	60) Hora da coleta:	61) Usou medicamento antes da data da coleta?		
						61	62	63
						1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	Data início do uso:	
						1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	Data início do uso:	
						1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	Data início do uso:	
						1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	Data início do uso:	
						1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	Data início do uso:	

DADOS COMPLEMENTARES

62) Observações Gerais: _____

007.059.118

*Campo de preenchimento obrigatório **Preenchimento automático com informações do Cartão Nacional de Saúde (CNS)



SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MT

Prefeitura Municipal de Araputanga

FICHA INDICE

Matrícula Familiar: _____

Nome: _____

Apelido: _____

Endereço: _____

Ponto de Referência: _____

Telefone: _____

OBS:

007.059.120

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª VIA - FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA - PACIENTE

Nome completo	
CRM:	UF:
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	

Carimbo do Médico

007.059.117
20/10/2011

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPUTADOR

Nome completo:	
Identidade:	Órgão Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico	_____/_____/_____
Data	____/____/____

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª VIA - FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA - PACIENTE

Nome completo	
CRM:	UF:
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	

Carimbo do Médico

007.059.117
20/10/2011

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPUTADOR

Nome completo:	
Identidade:	Órgão Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico	_____/_____/_____
Data	____/____/____

007.059.039



SUS - MT

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DE MATO GROSSO

Prefeitura Municipal de Araputanga

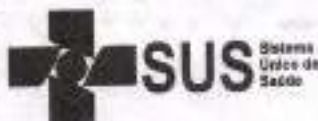
Atestado Médico

Atesto, para os devidos fins, que o(a) paciente,
_____, esteve
hoje no Posto de Saúde, para tratamento médico.

Período:

____/____/____
Data

Ass. do Médico-CRM



Secretaria Municipal de Saúde de Araputanga
SOLICITAÇÃO DE MATERIAL DO ALMOXARIFADO

De:

07.059.033

Nº 1796

CAMPOS DO SOLICITANTE		CAMPOS DO ALMOXARIFE	
DESCRIÇÃO DO MATERIAL	QTD SOLIC.	QTD ATEND.	LOTE
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Data: ____ / ____ /20__

Assinatura do(a) responsável pedido

Atendido dia: ____ / ____ / ____ Nº de registro no sistema:

Cód. # 007.059.065
Cód. # 007.059.084
Cód. # 007.059.004



**1º SEMINÁRIO MUNICIPAL DE
EDUCAÇÃO NO CAMPO**

ARAPUTANGA - MATO GROSSO





**Fórum Matogrossense
de Educação Infantil**



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA
CNPJ 15.023.914/0001-45
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
Gestão Democrática e Ensino de Qualidade

Uel: 007.059.063



Certificado

Certificamos que _____ participou

da Comissão Organizadora da Primeira Reunião Mensal do Fórum Mato-Grossense de Educação Infantil na Região Vale do Jauru – FMTEI, no dia 18 de junho de 2018, realizado no município de Araputanga – MT.

Araputanga, 16 de julho de 2018.

Joel Marins de Carvalho
Prefeito Municipal

Lindinalva de Souza Andrade
Secretária Municipal de Educação e Cultura – Araputanga

007.059.037



SUS - MT

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DE MATO GROSSO

Prefeitura Municipal de Araputanga
RECEITUÁRIO

Nome: _____

_____/_____/_____
Data

Ass. do Médico CRM



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



007.059.038

Ficha de Encaminhamento e/ou Atendimento SUS

Nome do paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ RG: _____

Endereço: _____

_____ Fone: _____

Médico Solicitante: _____

Procedimento solicitado: _____

Médico ou local a ser encaminhado: _____

Data: _____ Horário: _____

Histórico: _____

Obs.: _____

Assinatura Médica: _____ Data ____/____/____

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*

Identidade Órgão Emissor UF (CPF) Nacionalidade

Data de Nascimento* / / Idade Raça/Cor Branca Preta Parda Amarela Indígena / Etnia

Dados Residenciais
 Logradouro

Número Complemento

Código do Município Bairro Município UF

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*
 Rastreamento
 Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)
 Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)

2. Fez o exame preventivo (Papanicolaú) alguma vez?
 Sim. Quando fez o último exame? ano
 Não Não Sabe

3. Usa DIU? Sim Não Não Sabe

4. Está grávida? Sim Não Não Sabe

5. Usa pílula anticoncepcional? Sim Não Não Sabe

6. Usa hormônio (medicamento) para tratar a menopausa? Sim Não Não Sabe

7. Já fez tratamento por radioterapia? Sim Não Não Sabe

8. Data da última menstruação / regra: / / Não Sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais? (Não considerar a primeira relação sexual na vida)
 Sim Não / Não Sabe / Não lembra

10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa? (Não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
 Sim Não / Não Sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo*
 Normal
 Ausente (anomalias congênicas ou retrado cirurgicamente)
 Alterado
 Colo não visualizado

12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
 Sim Não

NOTA: No preenchimento alterado, com teste sugestivo de câncer, não registrar resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.

Data da coleta* / / Responsável*

ATENÇÃO: Os campos em azul (*) são obrigatórios

Cod: 007 059.046 June

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório* _____ Número do Exame* _____

Nome do Laboratório* _____ Recebido em* _____

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

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

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:

- Escamoso
- Glandular
- Metaplasico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL

- Satisfatória
- Inadequada para avaliação oncológica devido a:
 - Material acetular ou hipocelular em mais de 10% do esfregaço
 - Sangue em mais de 75% do esfregaço
 - Plácetos em mais de 75% do esfregaço
 - Artifacts 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
 - Outros, especificar _____

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, NO MATERIAL EXAMINADO?

- Sim Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS RELATIVAS OU REPARATIVAS

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

MICROBIOLOGIA

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

CELULAS 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* _____

007.059.054 frente

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ARAPUTANGA MT



PSF- PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

FICHA CADASTRAL

Nome: _____ RG: _____

Data de Nasc: ____/____/____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ CEP: _____

Profissão: _____

Onde Trabalha: _____

CNS: _____

Assinatura: _____

ANAMNESE

Está em tratamento médico? () sim () não. Qual? _____

Está tomando algum medicamento? () sim () não. Qual? _____

Tem algum tipo de alergia? () sim () não. Qual? _____

Tem alergia a algum medicamento? () sim () não. Qual? _____

Tem ou teve Diabetes? () sim () não _____

Tem ou teve Hepatite? () sim () não _____

Já teve Hanseníase? () sim () não _____

Já desmaiou alguma vez? () sim () não _____

Fuma? () sim () não _____

Sua pressão é: () normal () alta () baixa () controlada por medicamento _____

Tem ou teve problema de coração? () sim () não _____

Quando se corta, há um sangramento: () normal () excessivo _____

Está grávida? () sim () não _____

Já foi submetido a alguma cirurgia? () sim () não. Qual? _____

007.059.063

fevto



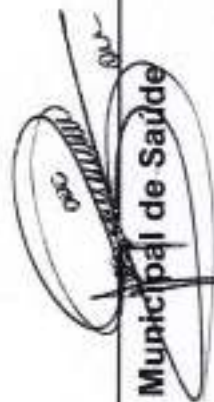
PROJETO SORRISO Nota 10



CERTIFICADO

Certificamos que

participou do projeto SORRISO NOTA 10, realizado pela Secretaria Municipal de Saúde e Equipe de Odontologia durante o ano de 2015, com a carga horária de 20 (vinte) horas.


Secretário Municipal de Saúde

Araputanga, MT dezembro de 2015.


Cirurgião Dentista



007.059.063 Verso

PROJETO

Projeto Sorriso Nota 10



PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - SUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS
PROJETO SORRISO NOTA 10

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO ANO 2015

Rodas de conversas

- O que é cárie dental? Como prevenir?
- O que são doenças periodontais? Como prevenir?
- Importância da escovação nos escolares.
- Programa saúde na escola.

Atividade prática

- Escovação supervisionada pelos educadores.
- Confecção de porta escova e materiais educativos para educação em saúde.
- Desenvolvimento de conteúdo relacionado à educação em saúde em sala de aula.

Registro no livro de atividades Projeto Sorriso Nota 10
 Certificado Nº: _____
 Ano: _____
 Folhas: _____



Secretaria Municipal de Saúde

Cirurgião Dentista



H.O. 500.02 n. 00

DECLARACIONAL DE CONTROLE DE DENGUE - BICD

Nº de imóveis trabalhados por tipo				Nº de imóveis				Nº de depósitos inspecionados por tipo							
Residência	Comércio	PE	Total	Treat. Focal	Treat. Parafocal	Inspec. domiciliares	Recu. perimetro	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

Eliminado	Nº depósito		Adulterada
	Larvicida (%)	Tratados	

Tipo	Obr. (Gramas)		Tipo	Obr. (Gramas)	Outro dep. trat.	Outro dep. nat.
	Obr. (Gramas)	Obr. (Gramas)				

com Aedes aegypti	Nº depósitos com espécimes por tipo						Total
	A1	A2	B	C	D1	D2	

com Aedes albopictus	Nº de imóveis com espécimes, por tipo						Total
	R	C	TB	PE	O	Total	

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº e seq. dos quartéis com Aedes aegypti	Nº e seq. dos quartéis com Aedes albopictus					
	1	2	3	4	5	6

Nº de exemplares	Nº de imóveis com espécimes, por tipo			Total
	Larvas	Pupas	Exuvias de pupa	

A1 - Caixa d'água (elevação)
 D1 - Freio e outros materiais isolantes
 A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (barril)
 D2 - Lixo (resíduos plásticos, tubos) sacados em lixeira
 PE - Ponto Estratégico
 R - Pequenos depósitos naturais
 E - Depósitos naturais
 TB - Tanque
 C - Depósitos locais
 O - Outros

Data da entrada: _____
 Data da conclusão: _____
 Laboratório: _____
 Assinatura: _____
 Nome: _____



Prefeitura Municipal de Araputanga
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Descentraliza de Reabilitação

CADASTRO SOCIOECONÔMICO
1- IDENTIFICAÇÃO

007.059.134 Ante

NOME:		APELIDO:	
RG:	CPF:	ORIGEM:	
IDADE:	ESTADO CIVIL:	FONE:	
Escolaridade:		Analfabeto ()	
Aposentado () Pensionista () BPC ()	Empregado () Desempregado ()	Trabalhador Rural () Assal. s/cari ()	Autônomo () Economia Informal ()
Endereço:			
Ponto de Referência:			
Há quanto tempo reside no município:			
CNS:		DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	

2- SITUAÇÃO FAMILIAR

Nome	Idade	Relação de Parentesco	Escolaridade	Cargo/Função	Renda

Gastos: Energia: _____ Água: _____ Mercado: _____ Farmácia: _____ Outros: _____

Existem pessoas na família desempregada? SIM () NÃO () QUANTIFICAR _____

Quantidade de pessoas: _____ Quantidade de mulheres grávidas _____

Quantidade de crianças _____ Quantidade de idosos acima de 60 anos _____

Algum membro da família com histórico de: () alcoolismo () drogadição () suicídio () homicídio () detenção () doença mental ()

Algum membro da família com deficiência? () Cegueira () Mudez () Surdez () Física () Outra () Nenhuma

Doenças mais frequentes: _____

Possui algum problema de saúde () sim () não Caso diga sim, que tipo de doença? _____

Faz uso contínuo de medicamento? () sim () não Qual? _____

Renda familiar: 1 salário () 2 salários () 3 salários () acima de 4 () menos de 1 salário ()

Renda R\$: _____ Religião: _____



Prefeitura Municipal de Araputanga
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Descentraliza de Reabilitação

007.059.134 *perse*

3 - INFORMAÇÕES RELATIVAS À UNIDADE HABITACIONAL

Imóvel: próprio () alugado () cedido ()
 Outros: _____ R\$ _____
 Telha () Alvenaria () Sucata () Madeira () Tábua ()
 Outros: _____

4 - INSTALAÇÕES HIDRO-SANITÁRIAS

Água potável e/ou tratada: Rede pública () Poço () Abastecimento coletivo () outros _____
 Filtrada () Fervida () Água mineral () outros _____
 Esgoto sanitário: Rede pública () Fossa séptica () Vale () Céu aberto () outros _____
 Banheiro com bacia sanitária: () Banheiro com descarga () Banheiro d/ chuveiro () Banheiro d/ lavatório () Sem banheiro () Banheiro de palha ()

5 - PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS SOCIAIS:

Bolsa Família () SIM () NÃO Grupo Conviver () SIM () NÃO
 Peli () SIM () NÃO BPC () SIM () NÃO
 Possui Crianças de 0/6 na creche () SIM () NÃO
 APAE: () SIM () NÃO Se Frequenta a APAE e recebe BPC: () SIM () NÃO
 Não esta inserida em nenhum programa social citado acima - ()

Avaliação Diagnóstica da Família

Data: ___/___/___

Assinatura e carimbo do Profissional

201.029.509.165
201.029.105



PREFEITURA MUNICIPAL DE
ARAPUTANGA
MUNICÍPIO DE ARAPUTANGA - MATO GROSSO DO SUL



Centro de Referência de Assistência Social
ARAPUTANGA-MT

Atividade de planejamento e execução de projetos sociais, culturais, esportivos e de lazer, visando ao desenvolvimento humano e social da comunidade, promovendo a inclusão social e o acesso aos serviços básicos de saúde, educação, cultura, esporte e lazer.

O CRAS é uma atividade de planejamento e execução de projetos sociais, culturais, esportivos e de lazer, visando ao desenvolvimento humano e social da comunidade, promovendo a inclusão social e o acesso aos serviços básicos de saúde, educação, cultura, esporte e lazer.

O CRAS é uma atividade de planejamento e execução de projetos sociais, culturais, esportivos e de lazer, visando ao desenvolvimento humano e social da comunidade, promovendo a inclusão social e o acesso aos serviços básicos de saúde, educação, cultura, esporte e lazer.

INFORMATIVO

Cod: 007.059.162
CONDICIONALIDADES *Frute*

DO PROGRAMA



Araputanga-MT

Mas afinal, o que são Condicionais e quais são?

Condicionais são as exigências do programa para que a família receba o benefício. Além disso, são compromissos que as famílias assumem junto ao governo federal e são de fundamental importância para a manutenção do programa. As 3 condicionais são **Recadastramento, Saúde e Educação** e devem ser cumpridas para que o benefício não seja cancelado, bloqueado ou suspenso. São fundamentais e exigem a atenção das famílias beneficiárias.

1 - Recadastramento

Toda família beneficiária deve comparecer ao CRAS **uma vez por ano** levando os documentos de todos da casa, juntamente com o cartão do Bolsa Família para fazer o recadastramento. Nesse processo são informadas as possíveis mudanças que ocorreram na família, como: endereço, componentes da família, renda familiar, escola dos filhos, entre outras alterações importantes.

2 - Condicionais de Educação

As condicionais de educação estão relacionadas a frequência escolar, é preciso que as crianças e adolescentes frequentem a escola. E a escola é responsável pelo registro da frequência.

As famílias têm o dever de:

- Matricular as crianças e adolescentes de **6 a 15 anos** em estabelecimento regular de ensino;
- Garantir a frequência escolar de no mínimo **85%** da carga horária mensal do ano letivo, informando sempre à escola em casos de impossibilidade de comparecimento do aluno à aula e apresentando a devida justificativa;
- Outro dever da família é informar sempre que houver uma mudança de escola. A família deve se dirigir ao CRAS e comunicar a alteração para que tudo seja registrado e seja feito o acompanhamento efetivo da frequência escolar.

3 - Condicionais de Saúde

As **gestantes e nutrizes** devem ser inscritas no pré-natal e comparecer com o cartão de gestante às consultas nas unidades de saúde próximas à sua residência, seguindo o calendário do Ministério da Saúde. Outra exigência é a participação nas atividades educativas ofertadas pela equipe de saúde sobre aleitamento materno e promoção da alimentação saudável.

As famílias beneficiárias devem:

- Levar crianças de 0 a 7 anos às unidades de saúde ou aos locais de vacinação e manter atualizado o calendário de imunização, conforme diretrizes do Ministério da Saúde;
- É realizado também, duas vezes por ano, o Mutirão de Acompanhamento de Saúde em Araputanga, onde as **Mulheres de 14 a 44 anos e crianças menores de 7 anos** devem comparecer portando o cartão do Bolsa Família, mais os cartões de vacina, nesse atendimento são realizados vários atendimentos como vacinação, pesagem, exames e orientações.

O que acontece se a família não cumprir as condicionais?

Como já foi salientado, é importante o cumprimento das condicionais para que a família não sofra com o corte do benefício. A gestão das **condicionais** é feita pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) de forma articulada com os Ministérios de Educação e Saúde. No município, o acompanhamento e o controle são feitos pelas secretarias de assistência social, saúde e educação de forma articulada. Essas condicionais são controladas pelos parceiros Bolsa Família na Saúde e Bolsa Família na Educação e que ajudam no cumprimento das condições exigidas pelo programa. Esses parceiros registram todas as informações de saúde e educação dos integrantes da família e a partir desses dados é feita a gestão das condicionais. Caso uma condicionalidade seja descumprida, surgem logo as repercussões, podendo ser: **cancelamento, suspensão ou bloqueio** dos benefícios.

O que fazer se o meu benefício foi cancelado por descumprimento de condicionais?

Caso seu benefício tenha sido cancelado pelo descumprimento de alguma das condicionais, é preciso se dirigir até o setor do Bolsa Família no seu município e conversar com o Gestor Municipal do Bolsa Família para identificar o problema, qual condicionalidade foi descumprida e como proceder para que o benefício seja regularizado. Lembrando que a partir da identificação da condicionalidade que não foi cumprida, é necessário evitar o descumprimento novamente das condicionais para assim evitar outras repercussões e processos de gestão nos benefícios que venham a impedir o saque. Caso as crianças faltarem aula, procure resolver esse problema para que a criança atinja a frequência mínima exigida. No caso da falta do acompanhamento da saúde, procure também o setor responsável e faça o acompanhamento da saúde das crianças e das mães gestantes ou em fase de amamentação.

Ad: 007.059.162

201-PRO.F00

007.059.165 fonte

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Programa Nacional de Controle da Hanseníase

ANEXO IV

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA





Nome: _____ Data Nasc: ____/____/____
 Ocupação: _____ Sexo: M F
 Município: _____ Unidade Federada: _____
 Classificação Operacional: PB MB Data Início PQT: ____/____/____ Data Alta PQT: ____/____/____

FACE	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Nariz	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ressecamento (S/N)						
Ferida (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Focha olhos a/ força (mm)						
Focha olhos c/ força (mm)						
Triquiase(S/N) / Ectrópio(S/N)						
Dimin. sensib. córnea (S/N)						
Opacidade córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Acuidade Visual						

Legenda: N = não S = Sim







Membros Superiores	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ulnar						
Mediano						
Radial						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
	D	E	D	E	D	E
Abrir dedo mínimo 						
Abdução do 2º dedo (nervo ulnar) 						
Elevar o polegar (nervo mediano) 						
Elevar o punho (nervo radial) 						

Legenda: 5=Força 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª / /		2ª / /		3ª / /	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Caneta/Filamento lilás/az: Sente ✓ Não sente X ou Mono-filamentos: seguir cores
 Gema móvel: M Gema rígida: R Reabsorção: // Ferida: ○

24/02/2010

007.059-165 Jensen

MEMBROS INFERIORES		1ª		2ª		3ª	
Queixa principal							
Palpação de nervos		D	E	D	E	D	E
Fibular							
Tibial posterior							

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força		1ª		2ª		3ª	
		D	E	D	E	D	E
Elevar o hálux							
Extensão de hálux (nervo fibular)							
Elevar o pé							
Dorsiflexão de pé (nervo fibular)							

Legenda: F=Força D=Diminuído P=Paralisado ou S=Força, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª		2ª		3ª	
D	E	D	E	D	E

Legenda: Canela/fêmur ilíaco: S=Sem, X=Não sente, M=Microfilamentos: seguir cores
 Grau nível: M=Gravemente R=Reabsorção: // Fenda: ○

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

DATA DA AVALIAÇÃO	OLHOS		MÃOS		PÉS		MAIOR GRAU	ASSINATURA
	D	E	D	E	D	E		
Avaliação no diagnóstico								
Avaliação na alta								

--	--	--	--	--	--