

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 F ☐ M ☐		Raça Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Índigena ☐ Amarela ☐	
Pais	UF res.	Município residência			
Endereço:				Nº	CEP
Complemento			Bairro		Zona de residência Rural ☐ Urbana ☐
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					
				Meningocócica Conjugada C (Meningo C)	R1					
					DU					
					D1					
					D2					
					D3					
					R1					
				Triplice Viral (SRC)	DU					
					D1					
					D2					
				Triplice Bacteriana (DTP)	D1					
					D2					
					D3					
					R1					
					R2					
				Febre Amarela (FA)	DU					
					REV					
					D1					
				Dupla Adulto (dT)	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

Veja no verso:
Tabelas de apoio;
Campos para preenchimento de informações relativas a imunobiológicos especiais;



TOTAL DE ÍTEMS	72	.	8
----------------	----	---	---

09 INFORMAÇÕES SOBRE A EDIFICAÇÃO											
73 TIPO											
CASA		CONSTRUÇÃO PRECÁRIA		APARTAMENTO		SALA COMERCIAL		LOJA		GALPÃO	
15		23		31		40		58		66	
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 ENGLOBADO											
NÃO		SIM		97 VALOR VENAL				97 TOTAL DE ÍTENS			
10		28						1			

11 CROQUIS											
007 019.027.025 Verso											

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

pla Adulto (Difteria/Tétano)

Influenza (Gripe)

007.059.090 Verso

F. Amarela

Outras Vacinas

[illegible]

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

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

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



Cód. 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

1ª AMOSTRA ()

2ª AMOSTRA ()

CONTROLE DE TRATAMENTO

MÊS ()

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





Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da Saúde

Fundação
Nacional
de Saúde

Secretarias
Estaduais e
Municipais
de Saúde

CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

Tipo Sangüíneo:

Nome:

Data Nascimento:

RG/Orgão Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Fone:

1 007.059.090 Verde

Vacinas da Infância

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

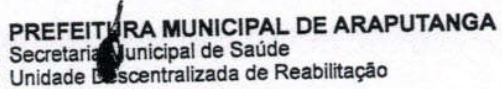
Observação: Para a sua proteção, conserve este cartão junto aos seus documentos de importância. Apresente-o antes de qualquer atendimento médico.

Dupla Adulto (Difteria/Tétano)

Influenza (Gripe)

Outras Vacinas

F. Amarela



007.059.129 Frente

**ESTE CARTÃO DEVERÁ
SEMPRE ACOMPANHAR
O CLIENTE**

PRONTUÁRIO Nº

CARTÃO HORÁRIO

NOME:

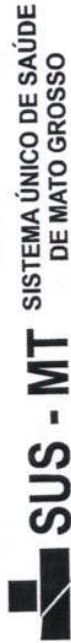
[illegible]

007.059.129 version

[illegible]

[illegible]

007.059.055



SUS - MT
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DE MATO GROSSO

Prefeitura Municipal de Araputanga

RECEITUÁRIO

Nome: _____

_____/_____/_____
Data

Ass. do Médico CRC -

BRUNO CRQ

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,

_____ esteve hoje no posto de Saúde, para Tratamento Odontológico.

Araputanga - MT, _____ de _____ de _____.

Ass. Odontólogo

007.059.130

SUS - MT

Prefeitura Municipal de Araputanga

RECEITUÁRIO Declarado

Nome: _____

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição:

007.059.032

Tel.:

Prescrição:

Tol:	
------	--

Associação de Municípios do Estado do Rio de Janeiro - AMERJ

Assinatura do Farmacêutico

Data



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

Céd: 007.059.055

Rua Antenor Mamedes, nº 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

Ced: 007.059.033 1ª via

Prefeitura Municipal de Araputanga

COMUNICAÇÃO INTERNA

Secretaria de Ação Social

Ao:

Data: ____/____/____

Assinatura:



Estado de Mato Grosso

Ced: 007.059.033 2ª via

Prefeitura Municipal de Araputanga

COMUNICAÇÃO INTERNA

Secretaria de Ação Social

Ao:

Data: ____/____/____

Assinatura:





Cod 007.059.078
007.059.076
007.059.077
007.059.078

1º SEMINÁRIO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO NO CAMPO

ARAPUTANGA - MATO GROSSO

Ced: 007.059.105

Foto
3X4



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA
TRANSPORTE ESCOLAR

Aluno: _____

Data Nasc.: ____/____/____

End.: _____

Fone: _____

Escola: _____

Turno: _____ Linha: _____



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 - CRIDAC
Relatório de Ocorrência Ambulatorial/BPA-I

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 Infecciosa	
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	Afogamento/Sumersão Acidental**	
2.11	Outras Causas Externas***	
2.12	Outras:	
2.13	Doença Ocupacional (LER, DORT, PAIR, Intox)	

* Tentativa de Suicídio ** Inclusive lesões provocadas por mergulho
*** Choque elétrico, radiações, quedas, queimaduras (ocasionadas por agentes naturais, físicos e químicos)

3. ENCAMINHAMENTO POR

3.1	Serviço de Urgência/Emergência	
3.2	Hospital	
3.3	Hospital com Leito 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	

007.059.163 frente

COLE AQUI A ETIQUETA

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 Domiciliares	
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 à Instituição)***	
8.6	Reuniões Interdisciplinares**	

*** - Asilos, Escolares, Creches... ** 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:	

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: _____

CID: _____

Total: _____

Cód. SIA/SUS: _____

CID: _____

Cód. SIA/SUS: _____

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: _____

CID: _____

Total: _____

Cód. SIA/SUS: _____

CID: _____

Cód. SIA/SUS: _____

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: _____

CID: _____

Total: _____

Cód. SIA/SUS: _____

CID: _____

Cód. SIA/SUS: _____

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: _____

CID: _____

Total: _____

Cód. SIA/SUS: _____

CID: _____

Cód. SIA/SUS: _____

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: _____

CID: _____

Total: _____

Cód. SIA/SUS: _____

CID: _____

Cód. SIA/SUS: _____

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: _____

CID: _____

Total: _____

Cód. SIA/SUS: _____

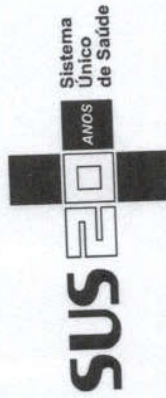
CID: _____

Cód. SIA/SUS: _____

CID: _____

Assinatura do Paciente

Carimbo e Assinatura do Profissional



SUS - MT SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA

007.059.136

Unidade Desempenhada de Reabilitação - VSR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAPUTANGA / PROGRAMA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE / VISITAS DOMICILIAR

ASSINATURA

ENDEREGO Jensen

NOME

DATA

Bloco de Relatórios 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





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 Infeciosa	
Doença Crônica Degenerativa	
Ferimento Por Arma de Fogo	

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

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

*Tentativa de Suicídio - **Inclui Lesões provocadas por mergulho - ***Choque Elétrico, Radiações, 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 05 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 Domiciliares	
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 (Externas à Instituição)***	
Reuniões Interdisciplinares**	

*** Asilos, Escolas, Creches. ** PSF/PACS/CAPS

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 MMII	
Lesão Central	
Lesão Periférica MMSS	
Lesão Periférica MMII	
Lesão Auditiva	
Lesão Visual	
Seqüelas cardiorrespiratórias	
Lesões Maxilo-faciais	
Lesão Coluna Vertebral	



Prefeitura Municipal de Araputanga

Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Descentraliza de Reabilitação



007.059.132

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: _____

007.059.131

**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 de Vigilância em Saúde/MS | 57

FORMULÁRIO PARA REVISÃO DE LARVAS

007.059,110

[illegible]

Revisor: _____





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: _____



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

007.059.092

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		/		/ /		/ /

12	Atividade		
	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	Total quart. concl	Nº Imóveis trabalhados por tipo							Nº Imóveis			23	Pendência	
		14	15	16	17	18	19	20	21	22	24			25
		Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total	Focal	Perifocal	Inspecionados	Amostras Coletadas	Recusa	Fechados	Recuperados

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	Tipo	37	Qtde. (Gramas)	38	Qtde.dep.trat	39	Tipo	40	Qtde.(gramas)	41	Qtde.dep.trat.

Adulticida	
42	43
Tipo	Qtde (Cargas)

44	Agentes 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 aedes aegypti															
com aedes albopictus															

A1 - caixa d'água (elevado)
D1 - Pneus e outros materiais rodantes

A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)
D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos

B - Pequenos depósitos móveis
E - Depósitos naturais

Nº de imóveis com espécimes, por tipo								Nº de exemplares											
53	Residência	54	Comércio	55	Terreno Baldio	56	Ponto Estratégico	57	Outros	58	Total	59	Larvas	60	Pupas	61	Exúvia de pupa	62	Adultos
com Aedes aegypti																			
com Aedes albopictus																			
Outros																			

63	Nº de seq. dos quarteirões com Aedes aegypti			
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/

64	Nº de seq. dos quarteirões com Aedes albopictus			
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/

65	Nº de seq. dos quarteirões com Aedes aegypti + Aedes albopictus			
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/

66 Visto do Supervisor

67 Data do visto

007.059.089

01

DENGUE/ENTOMOLOGIA	
Nº da amostra: _____	
Município: _____	
Bairro: _____	
Quart.: _____	Casa nº _____
Rua: _____	
Deposito: _____	
Tipo imóvel: _____	
N. de Larvas: _____	Pupas: _____
Agente: _____	
Data: _____	
LABORATORIO	
Ae. aegypti: Larvas _____	Pupas _____
Ae. albopictus: Larvas _____	Pupas _____
Outros: Larvas _____	Pupas _____

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

MUNICÍPIO/UF:

N.º DE QUARTEIRÕES:

N.º DE IMÓVEIS:

ESTRATO: _____

BAIRRO (S):

FOLHA: _____ / _____

[illegible]



Prefeitura Municipal de Araputanga

Nome: _____ Idade: _____

Médico: _____

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

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

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

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

Data: _____ Responsável: _____

SUS-MT SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DE MATO GROSSO

Prefeitura Municipal de Araputanga

Nome: _____

Dr.: _____

Data: _____ Idade: _____

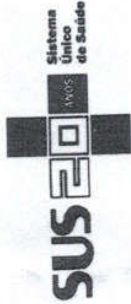
HEMOGRAMA COMPLETO

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	
Série branca			
Total de Leucócitos		N = 5.000 a 9.000 p/ mm ³	
	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

007.059.113



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DE MATO GROSSO

Prefeitura Municipal de Araputanga

Nome: _____ Idade: _____

Médico: _____

GLICEMIA DE JEJUM

RESULTADO: _____ mg/dl

TEMPO DE SANGRAMENTO

RESULTADO: _____

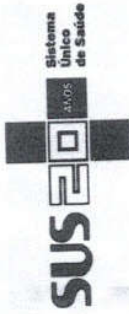
TEMPO DE COAGULAÇÃO

RESULTADO: _____

_____/_____/_____
Data

Responsável

007.059.112



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DE MATO GROSSO

Prefeitura Municipal de Araputanga

Nome: _____ Idade: _____

Médico: _____

TIPAGEM SANGÜÍNEA

GRUPO ABO: _____ FATOR RH: _____

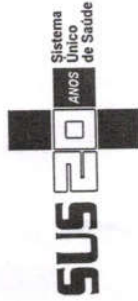
VDRL: _____

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: _____

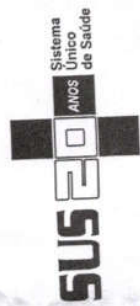
Pedido por Dr. _____ N° Ficha: _____

Data: ____/____/____

☐ Hemograma☐ Colesterol☐ Bact. Tuberculose☐ Tipagem
Sanguínea☐ Triglicérides☐ Urina☐ VDRL☐ TGO / TGP☐ Urina tipo I☐ Glicemia☐ Bilirrubinas☐ Teste de gravidez☐ VHS☐ PPD☐ Fezes☐ LATÉX (FR)☐ R. Montenegro☐ Parasitológico☐ PCR☐ Bact. Leishmaniose☐ Ureia☐ Creatimina☐ Bact. Hansen

Outros Exames: _____

007.059.034



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DE MATO GROSSO

Prefeitura Municipal de Araputanga

Nome: _____ Idade: _____

Médico: _____

TIPAGEM SANGÜINEA

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	()	Ascari Lumbricoides	()
E. Coli	()	Schistosoma Mansoni	()
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 - 60,0 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



SUS - MT

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DE MATO GROSSO**

007059.026

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

Leucócitos

Hemácias

Cilindros

Cristais

Cel. Espiteliais

Leveduras

Filamento de Muco

Flora e Bacteriana

OBS.: _____

Responsável

007.059.023



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: _____

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE

Nome: _____ Data Nasc.: _____

Ocupação: _____ Sexo: M ☒ F ☐

Município: _____ Unidade Federada: _____

Classificação Operacional: PB ☐ MB ☐ Data Início PQT: ____/____/____ Data Alta PQT: ____/____/____

LEGENDA PARA PREENCHIMENTO DO GRAU DE INCAPACIDADES

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
I	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés: (não sente 2g ou toque da caneta)
II	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído, contratura do tornozelo.

MONOFILAMENTOS

COR	GRAMAS
Verde	0,05
Azul	0,2
Lilás	2,0
Vermelho Fechado	4,0
Vermelho Cruzado	10,0
Vermelho Aberto	300,0
Preto	s/resposta

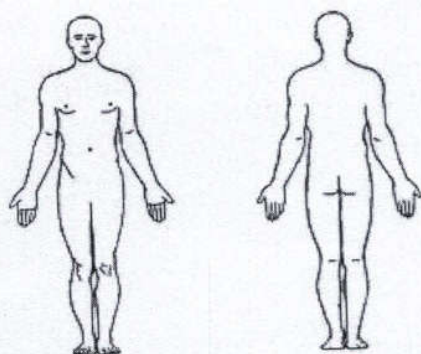
CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

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

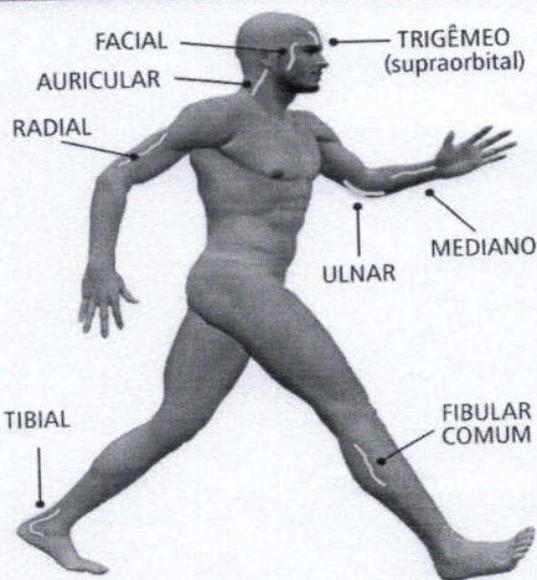
DERMATOLOGIA SANITÁRIA – FICHA CLÍNICA HANSENÍASE

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



Principais nervos acometidos na hanseníase



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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



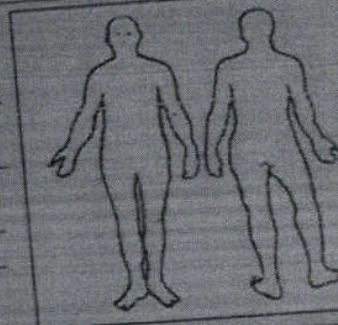
Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos - PCID < 15

- 1 - Unidade de Saúde: _____ 3 - UF: _____
2 - Município: _____ 5 - Nº Prontuário: _____
4 - Nome do Paciente: _____
6 - Nome da Mãe: _____ 8 - Idade: _____ anos
7 - Data de Nascimento: ____/____/____ 10 - UF: _____
9 - Município de Residência: _____
11 - Há quanto tempo reside nesse município? _____
12 - Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?
☐ Menos de 6 meses ☐ De 6 meses há 1 ano ☐ Mais de 1 ano
13 - Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual? ☐ Não ☐ Sim Quantas? _____
Qual o problema/doença havia sido identificado? ☐ Não ☐ Sim Quantas? _____
14 - Existem outras pessoas com problemas de pele na família? ☐ 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/características de lesões:
Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s) ☐ c/ alter. sensibilidade ☐ s/ alter. sensibilidade
Mancha(s) com alteração da coloração da pele ☐ c/ alter. sensibilidade ☐ s/ alter. sensibilidade
Placas eritematomatosas com bordas elevadas ☐ c/ alter. sensibilidade ☐ s/ alter. sensibilidade
Nódulos/pápulas ☐ Infiltração ☐ Outras (especificar): _____
18 - Cicatriz de BCG: ☐ Nenhuma ☐ Uma ☐ Duas ou mais
19 - Existem áreas com rarefação de pelo? ☐ não ☐ sim Onde? _____
20 - Existem nervos acometidos? ☐ não ☐ sim Quantos? _____
21 - Teste de Histamina: ☐ não realizado ☐ realizado Resultado: _____



- 22 - Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado
23 - Avaliação do grau de incapacidade:

Grau	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Mão		Pé	
				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		Nenhum problema com os pés devido à hanseníase	
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		Diminuição ou perda da sensibilidade	
	Lagofortismo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas		Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas	
	Triquitase			Garras		Garras	
2	Opacidade corneana central			Reabsorção		Reabsorção	
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m			Mão caída		Pé caído	
						Contratura do tornozelo	

- 24 - Caso confirmado como caso de Hanseníase? ☐ não ☐ sim
25 - Data do diagnóstico: ____/____/20____ Classificação Operacional: ☐ PB ☐ MB CRM: _____
26 - Nome do profissional: _____
27 - Data do preenchimento do protocolo: ____/____/20____

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

Freite

007.059.137

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: _____

Nº Sinan: _____

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

33- Nº de Contatos Registrados: ()

34- Nº de Contatos Examinados: ()

Nº	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- Sadio 2- Doente 3- Em Invest.		1ª dose (Mês/Ano)	2ª dose (Mês/Ano)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

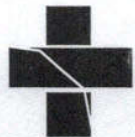
Nome do Responsável pelo Preenchimento: _____

Categoria Profissional: _____

Data: ____/____/____

Verso

007.059.127

Sistema
Único de
SaúdeGOVERNO 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 CÂNCERESFORMULÁRIO
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 N° Requisição:	2 Unidade de Saúde (ou outra fonte):*	3 CNES:*
4 Município de Atendimento:	5 Código IBGE:*	6 UF:
7 Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Profissional de Saúde:*	8 Nome do Profissional de Saúde:*	9 Número do Conselho/Matrícula:*
10 Rubrica:		
11 Data de Solicitação:*	12 Finalidade:*	13 Descrição da Finalidade:
	1 - Campanha 2 - Inquérito 3 - Investigação 4 - Programa 5 - Protocolo 6 - Projeto 9 - Ignorado	

PACIENTE

14 Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Paciente:*	15 Nome do Paciente:*
16 Data de Nascimento:*	17 Idade:*
	Quantidade: 1 - Hora(s) 2 - Dia(s) 3 - Mês(s) 4 - Ano(s)
18 Sexo:*	19 Nacionalidade:*
M - Masculino I - Ignorado F - Feminino	
20 Raça/Cor:*	21 Etnia:*
1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação	22 Nome da Mãe:*
23 Documento 1:	24 Documento 2:
1 - RG 2 - CPF 3 - CNH Número: 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN	1 - RG 2 - CPF 3 - CNH Número: 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN
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: 3 - Rural 1 - Urbana 4 - Silvestre 2 - Periurbana 9 - Ignorada
	36 País (Se reside fora do Brasil):*

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

37 Agravos/Doença:*	38 Data dos Primeiros Sintomas:	39 Idade Gestacional:
		1 - 1º Trim. 2 - 2º Trim. 3 - 3º Trim. 4 - Ignorada 5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado
40 Caso:	41 Tratamento:	42 Etapa de Tratamento:
1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 4 - Controle 6 - Caso grave 7 - Surto 8 - Diagnóstico 9 - Ignorado	Quantidade: 1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado	1 - Pretratamento 2 - Tratamento 3 - Retratamento 4 - Avaliação de Resistência 9 - Ignorado
43 Paciente Tomou Vacina?	44 Vacina?	45 Data da Última Dose:
1 - Sim 2 - Não 9 - 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 N° 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

54 Pesquisa (s) / Exame(s) Solicitado (s):*	55 Material Biológico:*	56 Localização:	57 Amostra: (1ª, 2ª, 3ª, Única)	58 Mat. Clínico: 1 - IN 2 - IB 3 - LM 4 - MTB 5 - MTV 6 - FF 7 - FA 8 - FO 9 - BF 10 - PF	59 Data da coleta:*	60 Hora da coleta:	61 Usou medicamento antes da data da coleta?
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Especifique: 62 63
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Especifique: 62 63
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Especifique: 62 63
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Especifique: 62 63
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Especifique: 62 63

DADOS COMPLEMENTARES

65 Observações Gerais:

007.059.118



SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MT

Prefeitura Municipal de Araputanga

FICHA INDICE

Matrícula Familiar: _____

Nome: _____

Apelido: _____

Endereço: _____

Ponto de Referência: _____

Telefone: _____

OBS.: _____

007059.120

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: _____

007.059.033

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

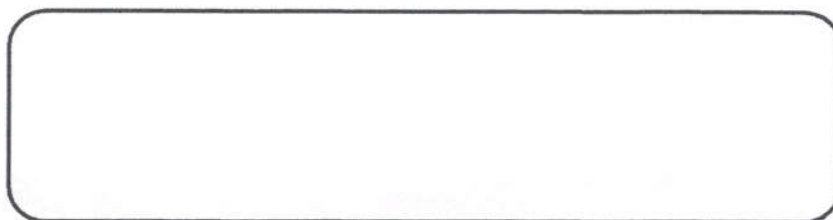
Atendido dia: ____/____/____ Nº de registro no sistema: _____

Cód.º 007.059.065
Cód.º 007.059.084
Cód.º 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

Vol: 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 – FMTEL, 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 ____/____/____

007.02.040

040 059.007.001

040



Nome do Paciente:

Data de Nascimento:

Antecedentes Pessoais:

CNS

Antecedentes Familiares:

BAIRRO:

Data

Atividades - Resultados de Exames Complementares e Datas Retornos

Responsável

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

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

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 UF
Município
CEP DDD Telefone
Ponto de Referência
ESCOLARIDADE: ☐ Analfabeta ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

- Motivo do Exame*
☐ Rastreamento
☐ Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)
☐ Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)
- Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*
- Sim. Quando fez o último exame?
ano
- Não ☐ Não Sabe ☐
- Usa DIU? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
- Está grávida? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
- Usa pílula anticoncepcional?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
- Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
- Já fez tratamento por radioterapia?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
- Data da última menstruação / regra:
 / / ☐ Não Sabe / Não lembra
- Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?
(Não considerar a primeira relação sexual na vida)
☐ Sim
☐ Não / Não Sabe / Não lembra
- 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

- Inspecção do colo*
☐ Normal
☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
☐ Alterado
☐ Colo não visualizado
- Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
☐ Sim
☐ Não

NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.

Data da coleta* / / Responsável*

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório*

Número do Exame*

Nome do Laboratório*

Recebido em:*

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

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

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:*

- ☐ Escamoso
- ☐ Glandular
- ☐ Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL

- ☐ Satisfatória
- Insatisfatória para avaliação oncótica devido a:
 - ☐ Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
 - ☐ Sangue em mais de 75% do esfregaço
 - ☐ Piócitos em mais de 75% do esfregaço
 - ☐ Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço
 - ☐ Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
 - ☐ Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
 - ☐ 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
- ☐ Cocos
- ☐ Sugestivo de *Chlamydia* sp
- ☐ *Actinomyces* sp
- ☐ *Candida* sp
- ☐ *Trichomonas vaginalis*
- ☐ Efeito citopático compatível com vírus do grupo *Herpes*
- ☐ Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de *Gardnerella/Mobiluncus*)
- ☐ Outros bacilos
- ☐ Outros; especificar: _____

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 ENDOMETRAIS (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? _____

[illegible]



PROJETO

Sorriso Nota 10

007.059.063

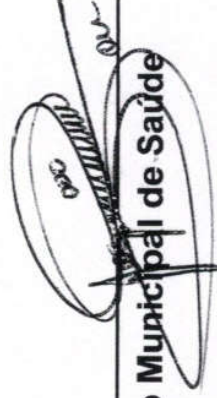
feito

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.

Araputanga, MT dezembro de 2015.


Secretário Municipal de Saúde


Cirurgião Dentista



007.059.063 Verso

PROJETO

Projeto 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: _____

Cirurgião Dentista

Secretaria Municipal de Saúde



04 00.020.00

007059.093 verso

Nº de Imóveis trabalhados por tipo			
Residência Comércio	TB	PE	Total

Nº de Imóveis		
Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionados

No. Tubitos/ Amostras Coletadas	

Nº depósitos inspecionados por tipo					
A1	A2	B	C	D1	D2

Pendência	
Recusa	Fechados

TB - terreno baldio PE - Ponto Estratégico

Nº depósito			
Larvicida (1)		Larvicida (2)	
Tipo		Tipo	

Adultificia	
Tipo	

Nº e seq. dos quarteirões trabalhados									
Eliminado		Larvicida (1)		Larvicida (2)		Tipo		Tipo	

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti									

Nº e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus									

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

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

Nº de exemplares			
Larvas	Pupas	Exúvia de pupa	Adultos

A1 - caixa d'água (elevado)
D1 - Pneus e outros materiais rodantes

A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)
D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas entulhos

C - Depósitos fixos

Data da entrada

Data da conclusão

Laboratório

Laboratorista

Assinatura



FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

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

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

[illegible]

about 801.030.5m

[illegible]



Prefeitura Municipal de Araputanga

Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Descentraliza de Reabilitação

CADASTRO SOCIOECONÔMICO

007.059.134 frente

1- IDENTIFICAÇÃO

NOME:		APELIDO:	
RG:	CPF:	ORIGEM:	
IDADE:	ESTADO CIVIL:	FONE:	
Escolaridade:		Analfabeto ()	
Aposentado () Pensionista () BPC ()		Empregado () Trabalhador Rural () Autônomo ()	
Desempregado ()		Assal. s/cart () 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 freqüentes: _____

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 perso

3 - INFORMAÇÕES RELATIVAS À UNIDADE HABITACIONAL

Imóvel: próprio () alugado () cedido ()
Outros _____ R\$ _____
Taipa () 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 () Vala () Céu aberto () outros _____
Banheiro com bacia sanitária: () Banheiro com descarga () Banheiro c/ chuveiro () Banheiro c/ lavatório () Sem banheiro () Banheiro de palha ()

5 - PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS SOCIAIS:

Bolsa Família () SIM () NÃO Grupo Conviver () SIM () NÃO
Peti () 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

Araraputanga, 02 de Junho de 2007
Cod: 007.020.163

As famílias beneficiárias devem:

- Fazer o acompanhamento do calendário de imunização conforme calendário e manter atualizado o calendário de imunização conforme calendário
- Fazer o acompanhamento do calendário de imunização conforme calendário



O que acontece se a família não comparecer às reuniões de acompanhamento? A família não comparecendo às reuniões de acompanhamento, o mesmo não será realizado e a família não será considerada para o recebimento de benefícios.

Como foi realizado o acompanhamento? O acompanhamento foi realizado através de visitas domiciliares realizadas por agentes comunitários de saúde e agentes de saúde, visando verificar o cumprimento das condições de saúde e educação das famílias. O acompanhamento foi realizado em todas as famílias cadastradas no município, com exceção das famílias que não compareceram às reuniões de acompanhamento.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA

Araraputanga, 02 de Junho de 2007



Centro de Referência de Assistência Social ARAPUTANGA-MT

O que acontece se a família não comparecer às reuniões de acompanhamento? A família não comparecendo às reuniões de acompanhamento, o mesmo não será realizado e a família não será considerada para o recebimento de benefícios.

INFORMATIVO

Cod: 007.059.162
Frente

CONDICIONALIDADES

DO PROGRAMA



As famílias têm direito ao recebimento do benefício Bolsa Família desde que estejam em situação de pobreza ou extrema pobreza, conforme critérios estabelecidos pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Araputanga-MT

As famílias têm direito ao recebimento do benefício Bolsa Família desde que estejam em situação de pobreza ou extrema pobreza, conforme critérios estabelecidos pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Mas afinal, o que são Condicionalidades e quais são?

Condicionalidades 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 condicionalidades 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 - Condicionalidades de Educação

As condicionalidades 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 do 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 - Condicionalidades de Saúde

As **gestantes e nutrízes** devem ser inscritas no pré-natal e comparecer com o cartão de gestante as 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 condicionalidades?

Como já foi salientado, é importante o cumprimento das condicionalidades para que a família não sofra com o corte do benefício. A gestão das **condicionalidades** é feita pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) de forma articulada com os Ministérios de Educação Saúde. No município, o acompanhamento e o controle são feitos pelas secretarias de assistência social, saúde e educação de forma articulada. Essas condicionalidades 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 condicionalidades. 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 condicionalidades?

Caso seu benefício tenha sido cancelado pelo descumprimento de alguma das condicionalidades, 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 condicionalidades para assim evitar outras repercussões e processos de gestão nos benefícios que venham a impedir o saque. Caso as crianças faltem 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.

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									
Fecha olhos s/ força (mm)									
Fecha olhos c/ força (mm)									
Triquíase(S/N) / Ectrópio(S/N)									
Dimin. sensib. córnea (S/N)									
Opacidade córnea (S/N)									
Catarata (S/N)									
Acuidade Visual									

Legenda: N = não S = Sim

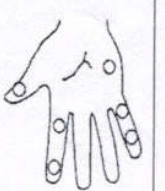
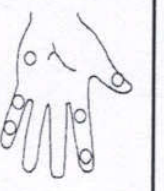
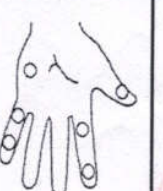
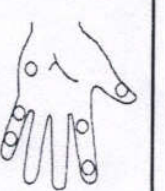
Membros Superiores	1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
Palpação de nervos	D		E	D		E	D		E
Queixa principal									
Ulnar									
Mediano									
Radial									

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
	D		E	D		E	D		E
Abrir dedo mínimo 									
Abdução do 5º dedo (nervo ulnar) 									
Elevar o polegar 									
Abdução do polegar (nervo mediano)									
Elevar o punho 									
Extensão de punho (nervo radial)									

Legenda: F=Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Forte, 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(2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: // Ferida: □

007.059-165 verso

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=Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Forte, 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(2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores
Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: Ferida:

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								

1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
D	E		D	E		D	E	