

Código de Item 019.027.005

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA - MT

D1 PARA USO DO PROCESSAMENTO	
D1 CÓDIGO DO MUNICÍPIO	D2 Nº DE AUTUACÃO

D2 INSCRIÇÃO CADASTRAL				
D3				
BRAS	DETER	QUANT	LOTE	UNIDADE

BOLETIM DE CADASTRO IMOBILIÁRIO - BCI

D3 INFORMAÇÕES GERAIS									
D4 CONTRATO -		D5 CÓDIGO			D6 INSCRIÇÃO ANTERIOR				
		INCLUIÇÃO	ALTERAÇÃO SEM ENCAD.	ALTERAÇÃO SEM ENCAD.	CANCELAMENTO				
		9	7	8	3				

D4 LOCALIZAÇÃO DO IMÓVEL									
D5 TIPO NOME DO LOGRADOURO									
D6	D7	D8	D9	D10					
COD. LOGRADOURO	SEÇÃO	NÚMERO	COMPLEMENTO						
D11	D12	D13	D14	D15	D16	D17	D18	D19	D20
BAIRRO	LOTEAMENTO	QUADRA	LOTE	TOTAL DE ITENS					

D6 NOME DO PROPRIETÁRIO / ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA									
D7 NOME DO PROMOTOR / ARQUITETO DETENTOR									
D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14	D15	D16	D17
TIPO	NOME DO LOGRADOURO	NÚMERO							
D18	D19	D20	D21	D22	D23	D24	D25	D26	D27
COMPLEMENTO	BAIRRO	NOME DO MUNICÍPIO	CPF	SEÇÃO	TOTAL DE ITENS				

D8 INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O IMÓVEL									
D9 CONDIÇÃO DO LOTE									
Não Construído	Ruínas	Em Construção	Construção Parcial	Construção Em Andamento	Veloz ou Temporária	Utilizada	Em Reforma		
15	23	31	40	68	66	74	82		
D10 UTILIZAÇÃO									
Circulo Privado	Residência	Comércio	Prestação Serviço	Serviço Público	Industrial	Policial	Mista		
17	25	33	41	50	63	76	84		
D11 MUD. SIN. INT. PT. J.									
MAC	IMUNE	SENTO	D12 ISENTO TBU			D13 TOTAL DE ITENS			
14	22	30	11	20	6				

D9 INFORMAÇÕES SOBRE O TERRENO									
D14 SITUAÇÃO NA DIVISÃO									
Rel. de Quadro	Quilômetros de fronteira	Via	Cont. Área	Estabelecido	GLCDA	Ág. Obitório			
16	24	16	40	59	67	75			
D15 TOPOGRAFIA									
Plano	ACUVE	JERUVE	Irregular	D16 UNIDADE		Área de Proteção Ambiental		D17 TOTAL DE ITENS	
13	21	30	48	10	29	37	8		

D10 MEDIDAS DO IMÓVEL										
TESTADA PRINCIPAL	48				5	CÓDIGO DO LOGRADOURO	59			
TESTADA 2	50				7	SEÇÃO DO LOGRADOURO	60			
CÓDIGO DO LOGRADOURO	51				8	ÁREA DO LOTE	62			
SEÇÃO DO LOGRADOURO	52				3	ÁREA DO LOTE DE V. ANEXIMITÓRIA	63			
TESTADA 3	54				0	ÁREA CONSTR. LIDA DA UNIDADE	64			
CÓDIGO DO LOGRADOURO	56				8	TOTAL DE UNIDADES NO LOTE	65			
SEÇÃO DO LOGRADOURO	58				6	ÁREA TOTAL CONSTR. ÚTIL	68			
TESTADA 4	58				2	TOTAL DE ITENS	72			

RUA ANTONIO MAMEDES, 911 - CENTRO - CEP 78.260-000 - TEL. (85) 3261-1736

09 INFORMAÇÕES SOBRE A EMPILGADO

73 TIPO	CASA	CONSTRUÇÃO PRECARIAS	APARTAMENTO	SALA COMERCIAL	LOJA	GALPÃO	TELFERRO	ESPECIAL
	15	23	31	40	58	66	74	86
79 ESTRUTURA ALVENARIA	MADEIRA		METÁLICA		CONCRETO			
	11	20	38	48				
79 COBERTURA ALVENARIA	TELHA DE CIMENTO AMIANTO		TELHA DE BARRO		L.A.F			
	19	27	35	43				
80 PAREDES SEM	TAFEL	ALVENARIA	MADERA SIMPLES	MADEIRA DUPLA	CONCRETO			
	10	28	36	44	52	60		
82 REVESTIMENTO DA FACIADA PRINCIPAL SEM	ESMELCO	REBOCO	MATERIAL CERAMICO		MADEIRA			
	14	22	30	48	57			
83 INSTALAÇÃO SANITÁRIA SEM	EXTERNA		INTERNA		MAIS DE UMA INTERNA			
	11	20	38	48				
84 INSTALAÇÃO ELÉTRICA SEM	ARABONTE	SEMI-EMBUIDA	EMBUIDA		87 TOTAL DE ITENS			
	19	27	35	43	8			

10 INFORMAÇÕES OPCIONAIS

86 LANÇAMENTO EM UNIDADE NÃO	SEM	97 VALOR FISCAL	97 TOTAL DE ITENS			
	10	28	1			

11 CROQUIS

007 019.027.025 verso

ANOTAÇÕES	CADASTRADOR
	DATA

Vacinas da Infância

	1ª	2ª	3ª	4ª
Tuberculose BCG	/ /	/ /	/ /	/ /
Poliomielite II	/ /	/ /	/ /	/ /
Poliomielite I (Vigilante)	/ /	/ /	/ /	/ /
Poliomielite III	/ /	/ /	/ /	/ /
Sarampo	/ /	/ /	/ /	/ /
Fórmula A (DTP)	/ /	/ /	/ /	/ /
Varicela, Coqueluche, Rubéola	/ /	/ /	/ /	/ /
Hepatite B	/ /	/ /	/ /	/ /

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


 Secretaria
 Estadual de Saúde
 Ministério
 da Saúde

CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

Nome: _____

UF: _____ Estado: _____

Cidade: _____

CEP: _____

Endereço: _____

Profissão: _____

1 007.059.090 Frente

Outras Vacinas	Influenza (Gripe)



007.059.090 Frente

007.059.094



Governo do Estado de Mato Grosso
Secretaria de Estado de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Coordenação 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

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 | NO ANIMAL |
|---|---------------------------------------|
| * Irritabilidade; | * Mudança de comportamento; |
| * Sensação de angústia; | * Latido rouco (uivo); |
| * Aversão a água; | * Salivação abundante; |
| * Sensibilidade a luz ou ruídos; | * Dificuldade para engolir; |
| * Espasmos musculares na faringe e na língua; | * Paralisia da mandíbula; |
| * Coma; | * Dilatação da pupila (olho saltado); |
| * Morte | * Paralisia progressiva; |
| | * Morte |

COMO EVITAR A RAIVA

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

O QUE FAZER QUANDO ACREDITADO

- * lavar o local da ferida com água e sabão;
- * Procurar atendimento no 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 mordidas, procurar urgente orientação médica.

Não deixe a boca solta
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 - Febrecula ()
- 3 - Emagrecimento ()
- 4 - Anoráxia ()
- 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

Cod: 067059.073

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

007.059.094

Fonte

Comprovante de Vacinação contra Raiva Animal

Nome do Animal: _____ () ()
Município: _____ Cão Gato

DATA DA VACINA	N.º DO LOTE	REVACINAR

Proprietário: _____

NÃO DEIXE SEU CÃO SOLTO NAS RUAS

007.059.094 versão

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 transmitida 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 (ulvo)
- * Salivação abundante;
- * Dificuldade para engolir;
- * Paralisação da mandíbula;
- * Dilatação da pupila (olho saltado);
- * Paralisação 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

Secretaria Estadual de Saúde e Participação Municipal

CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

Nome: _____

CPF: _____

UF: _____

Cidade: _____

Endereço: _____

CEP: _____

Data Nascimento: _____

UF: _____

Cidade: _____

Endereço: _____

CEP: _____

Data Nascimento: _____

UF: _____

Cidade: _____

Endereço: _____

CEP: _____

Data Nascimento: _____

UF: _____

Cidade: _____

Endereço: _____

CEP: _____

Data Nascimento: _____

UF: _____

Cidade: _____

Endereço: _____

CEP: _____

Data Nascimento: _____

UF: _____

Cidade: _____

Endereço: _____

CEP: _____

Data Nascimento: _____

UF: _____

Cidade: _____

Endereço: _____

CEP: _____

Data Nascimento: _____

UF: _____

Cidade: _____

Endereço: _____

CEP: _____

Data Nascimento: _____

UF: _____

Cidade: _____

Endereço: _____

CEP: _____

Data Nascimento: _____

UF: _____

Cidade: _____

Endereço: _____

Vacinas da Infância

	V	Z	Y	R
Tuberculose BCG	/	/	/	/
Bacilospleno 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.

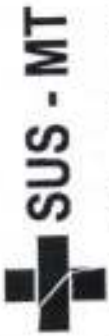
1 007.059.090 Fund

007.059.090 Fund

	Dupla Adulto (Difteria/Tétano)	Influenza (Gripe)

	F. Amarela	Outras Vacinas

007.059.055



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DE MATO GROSSO

Prefeitura Municipal de Araputanga

RECEITUÁRIO

Nome: _____

_____/_____/_____
Data

Ass. da Médico.CRIC-

30.11.2017 CRIC

007.059.056



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

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MATO GROSSO

Prefeitura Municipal de Araputanga

~~RECEITUÁRIO~~ Declaração

Nome: _____

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

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

007.059.032

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo	_____
CNPJ: 000000000000000000	UF: _____
End.: _____	UF: _____
Cidade: _____	UF: _____
Tel.: _____	_____

Carimbo do Médico

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

Cód: 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



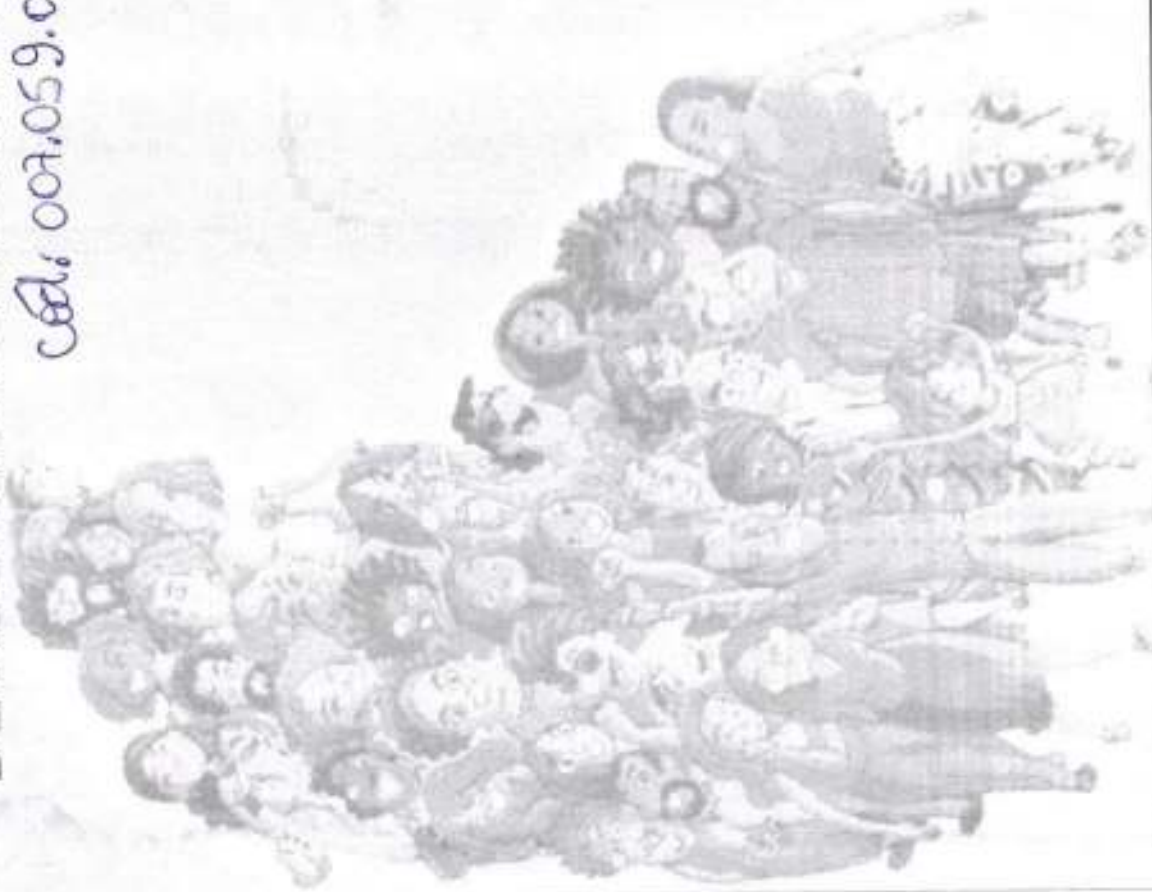
Prefeitura Municipal de Araputanga
Secretaria de Ação Social
Centro de Referência de Assistência Social

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 ~~Planejamento~~ _____

Ao: _____

Data: ____/____/____



Assinatura: _____



Estado de Mato Grosso

Ced: 007.059.033 2ª via

Prefeitura Municipal de Araputanga

COMUNICAÇÃO INTERNA

Secretaria de ~~Planejamento~~ _____

Ao: _____

Data: ____/____/____



Assinatura: _____



Cad.º 007.059.078
007.059.076
007.059.077
007.059.079

1º SEMINÁRIO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO NO CAMPO

ARAPUTANGA - MATO GROSSO

Céd: 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: _____ Turma: _____ Linha: _____</p>	



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-1

CNS DO PROFISSIONAL: _____

CBO DO PROFISSIONAL: _____

CID: _____ CÔD. 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 Infeciosa	
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, PAJR, 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 ORTESES 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 *peru*

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, Escolas, Creches... ** PSF/RACS/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 Infecciosa	
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 - **Inclusive 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**	

*** Aulas, Escolas, Creches. ** PSF/PACL/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 cardiopulmonares	
Lesões Máxilo-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.JBJ

**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 Total quart. concd.	Nº Imóveis trabalhados por tipo						Nº Imóveis			Pendência			
	14 Residência	15 Comércio	16 TB	17 PE	18 Outro	19 Total	20 Trat. Focal	21 Trat. Perifocal	22 Inspeccionados	23 Amostras Coletadas	24 Recusa	25 Fechados	26 Recuperados

TB - terreno baldio

PE - Ponto Estratégico

Nº depósitos inspeccionados por tipo

27 A1	28 A2	29 B	30 C	31 D1	32 D2	33 E	34 Total

35 Depósito Eliminado

Nº depósitos tratados

Adulticida

42 Tipo 43 Qtd. (Cargas)

44 Agentes por dia Trabalhado

Larvicida (1)			Larvicida (2)		
36 Tipo	37 Qtd. (Gramas)	38 Qtd. dep. trat.	39 Tipo	40 Qtd. (gramas)	41 Qtd. dep. trat.

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 (elevada) A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (balco) B - Pequenos depósitos móveis C - Depósitos fixos
 D1 - Pneus e outros materiais moantes D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos E - Depósitos naturais

Nº de imóveis com espécimes, por tipo

	Nº de imóveis com espécimes, por tipo								Nº de exemplares			
	53 Residências	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

/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/

67 Data de visto

66 Visto do Supervisor

007.059.089

01

DENGUE/ENTOMOLOGIA	
Nº da amostra: _____	
Município:	_____
Barro:	_____
Quart:	Casa nº _____
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 - LIRAa

MUNICÍPIO/UF: _____ N.º DE QUARTERES: _____ N.º DE IMÓVEIS: _____ ESTRATO: _____
 BAIRRO (S): _____ FOLHA: _____

PREENCHIMENTO NO CAMPO										LABORATÓRIO									
CÓDIGO DO IMÓVEL	ENDEREÇO		N.º DE RECIPIENTES COM FOCO			IDENTIFICAÇÃO		NÚMERO DE TUBITOS			NÚMERO DE RECIPIENTES POSITIVOS								
	LOGRADOURO (Rua, Av., Praça, etc.)	N.º compl.	Imóveis		N.º das amostras coletadas	n.º sub-ítem	Aedes aegypti	Aedes albopictus	TOTAL	Aedes aegypti					Aedes albopictus				
			Ti	Out						A.1	A.2	B	C	D.1		D.2	E		
TOTAL																			
Grupo A - Armazenamento de água de consumo humano A.1 - Cacos de água ligada e rede (deposição irregular) A.2 - Depósitos de água (tanques, piscinas, baldes, etc.) Lances, depósito de banho, tanque, poço, cisterna, sacaria										Nº de imóveis positivos / Aedes aegypti: _____ / Aedes albopictus: _____ Nº de terrenos baldios positivos / A. aegypti: _____ / A. albopictus: _____									
Grupo B - Depósitos móveis Vasos/placas com água, pratos, peneirões, recipientes, recipientes em geral, peças, latas, armadilhas, mol. org. construção, objetos, brinquedos, etc.										Nº de imóveis positivos / Aedes aegypti: _____ / Aedes albopictus: _____ Nº de terrenos baldios positivos / A. aegypti: _____ / A. albopictus: _____									
Grupo C - Depósitos fixos Tanques/depósitos em obras, barragem e bacias, calhas e lajes em elevados, sanitários em obras, piscinas não tratadas, fontes ornamentais, florários em ornamentais, cacos em murais, tubos, peças, peças antigas, latas de insulação (casas antigas)										Nº de imóveis positivos / Aedes aegypti: _____ / Aedes albopictus: _____ Nº de terrenos baldios positivos / A. aegypti: _____ / A. albopictus: _____									
Grupo D - Frestas de remoção/protocli D.1 - Fresta e outros materiais rodantes (municipal/parat) D.2 - Lixo (recip. plásticos, garrafas, latas) varzadas em pilhas, fechos, velas e recipientes, etc.										Nº de imóveis positivos / Aedes aegypti: _____ / Aedes albopictus: _____ Nº de terrenos baldios positivos / A. aegypti: _____ / A. albopictus: _____									
Grupo E - Matérias Aedes de fezes (brumetas, etc.), borboletas em árvores e em escombros, caracais, restos de animais (caracais, caracais)										Nº de imóveis positivos / Aedes aegypti: _____ / Aedes albopictus: _____ Nº de terrenos baldios positivos / A. aegypti: _____ / A. albopictus: _____									

Nome: _____ Data: _____
 Assinatura do Supervisor: _____
 Assinatura do Responsável pela identificação: _____

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	

Série branca		
Total de Leucócitos	Valores Relativos	Valores Absolutos
		N = 5.000 a 9.000 p/ mm ³
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 _____ 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: _____

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: _____

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

Outros Exames: _____

007.059.030



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: _____

007.059.030



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DE MATO GROSSO

Prefeitura Municipal de Araputanga

Nome: _____ Idade: _____
Médico: _____

TIPAGEM SANGUINEA

GRUPO ABO: _____ FATOR RH: _____

____/____/____ 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	()	Ascar 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 lesão.
I	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda de sensibilidade nas mãos e nos pés. (não sente 2g no toque da caneta)
II	Olhos: segnistria ou estrabismo; miopia; opacidade córnea central; diminuição visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m. Mãos: lesões traumáticas ou lesões transitórias; garras; má-formação; mão morta. Pés: lesões traumáticas ou traumáticas; garras; má-formação; pé chato; encurtamento do membro.

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	Resposta

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

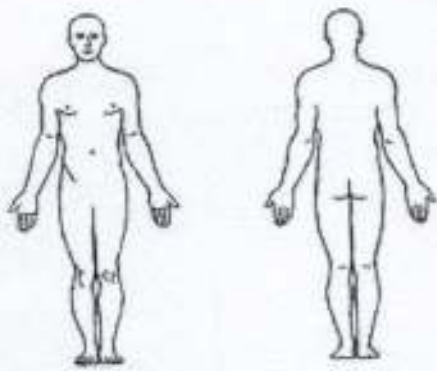
DATA DA AVALIAÇÃO	OLHOS		MÃOS		PÉS		MAIOR GRAU	ASSINATURA
	D	E	D	E	D	E		
Avaliação no diagnóstico								
Avaliação atual								

36/

DERMATOLOGIA SANITÁRIA - FICHA CLÍNICA HANSENIASE

Data:	Prontuário:	
Unidade de Saúde:	Regional:	
Nome:	Idade:	Sexo:
Data Nascimento:	Escolaridade:	
Profissão:	Nº cartão SUS:	
Raça / Cor:	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

007.059.107

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 da 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 Sinam: _____

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. Neuro!	Tratamento Anterior	Dose BCG	
							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

	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
	(Empty space for patient information)	(Empty space for patient information)	(Empty space for patient information)

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 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): _____ 18 Sexo**: _____ 19 Nacionalidade*: _____
 1 - Homem 2 - Dado 3 - Mês 4 - Anos M - Masculino 1 - Ignorado F - Feminino

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 4 - Número 5 - CNASC 6 - FRONT 7 - IMPODEM 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - Número 5 - CNASC 6 - FRONT 7 - IMPODEM

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 - Urbana 2 - Periurbana 3 - Rural 4 - Silvestre 9 - Ignorado

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

37 Agravos/Doença*: _____ 38 Data dos Primeiros Sintomas: _____ 39 Idade Gestacional: _____
 1 - 1º Trm. 2 - 2º Trm. 3 - 3º Trm. 4 - Ignorado 5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado

40 Caso: _____ 41 Tratamento: _____ 42 Etapa de Tratamento: _____
 1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 4 - Controle 5 - Óbito 6 - Caso grave 7 - Surto 8 - Diagnóstico 9 - Ignorado 1 - Dia 2 - Semanal 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado 1 - Pré-tratamento 2 - Tratamento 3 - Retratamento 4 - Avaliação da Resistência 9 - Ignorado

43 Paciente Tomou Vacina? _____ 44 Vacina?: _____ 45 Data da Última Dose: _____
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

SINAN

46 Notificado no 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 (s) / 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, 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)	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: _____

NOTAS COMPLEMENTARES

65 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

RECEITUARIO 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
10/11/20

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico	____/____/____	Data
----------------------------	----------------	------

RECEITUARIO 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
10/11/20

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

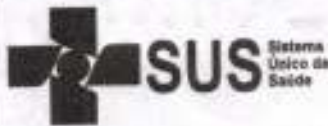
Atestado Médico

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: ____

Céd.º 007.059.065
Céd.º 007.059.084
Céd.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

Verd: 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 ____/____/____

007.059.046 frente

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 Pronto-socorro

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Nome Completo da Mulher*

Nome Completo da Mãe*

Identidade Orgão Emissor UF (CPF) Nacionalidade

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

Dados Residenciais

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

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

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

5. Usa DIU? Sim Não Não Sabe

6. Está grávida? Sim Não Não Sabe

7. Usa pílula anticoncepcional? Sim Não Não Sabe

8. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa? Sim Não Não Sabe

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 congênitas ou retrado cirurgicamente) Alterado Colo não visualizado

12. 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 oncológica devido a:
 - Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
 - Sangue em mais de 75% do esfregaço
 - Plócitos em mais de 75% do esfregaço
 - Artefatos de dessecamento 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? _____

007.059.063

feuto



PROJETO
SORRISO Nota 10

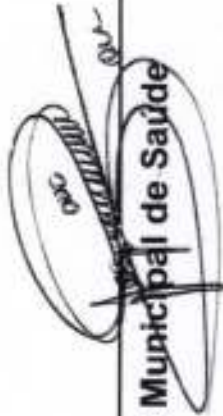


CERTIFICADO

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.

Araputanga, MT dezembro de 2015.


Secretário Municipal de Saúde


Cirurgião Dentista



530.020.000

PROJETO

Sorriso Nota 10

007.059.063 Verso



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 N°: _____

Ano: _____

Folhas: _____

Cirurgião Dentista

Secretaria Municipal de Saúde



P.O. 500.020.000
 001059033
 23/Jan/20

Nº de imóveis trabalhados por tipo			Nº de imóveis			Pendência		Nº depósitos inspecionados por tipo									
Residência/Comércio	TB	PE	Outros	Total	Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionados	Recusados	FEchados	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Totais

Eliminado	Nº depósito		Tratados		Adultícia
	Larvicida (1)	Larvicida (2)	Trat. Focal	Trat. Perifocal	

Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti		Nº e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus	
/	/	/	/
/	/	/	/

	Nº depósitos com espécimes por tipo							Nº de imóveis com espécimes, por tipo			Nº de exemplares							
	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total	R	C	TB	FE	O	Total	Larvas	Pupas	Exuvia de pupa	Adultos
com Aedes aegypti																		
com Aedes albopictus																		

A1 - caso d'água (eleizado)
 D1 - Pneu e outros materiais rodantes
 A2 - Queros depósitos de armazenamento de água (tanque)
 D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) e sucatas enfelhas
 B - Pequenos depósitos móveis
 E - Depósitos naturais
 C - Depósitos fixos

Laboratório: _____
 Laborantista: _____
 Data de conclusão: _____
 Data de entrada: _____
 Assinatura: _____



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

CADASTRO SOCIOECONÔMICO

007.059.134 frente

1- IDENTIFICAÇÃO

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

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 ocorrerem 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 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 - Condicionais de Saúde

As gestantes e nutrizas 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 **unidades 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 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 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.

Ced: 007.059.162

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	1°		2°		3°	
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)						
Triquise (S/N) / Ectrópio (S/N)						
Dimin. sensib. córnea (S/N)						
Opacidade córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Acuidade Visual						

Legenda: N = não S = Sim



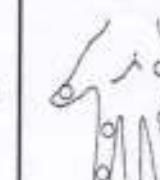


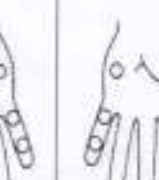
Membros Superiores	1°		2°		3°	
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ulnar						
Mediano						
Radial						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1°		2°		3°	
	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

1°		2°		3°	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Caneta/filamento filat (2g): Sente ✓ Não sente X ou Mono-filamentos: seguir cores



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

236020.00

007.059.165 Uneso







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


Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força		1°		2°		3°	
		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

1°		2°		3°	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Caneta/filamento lilás(2g): Sente ✓ Não sente X 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 / /								

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

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13												
Problemas/ Condição avaliada*	Doenças transmissíveis	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
		Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
		Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
		DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	Rastreamento	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
		Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
		Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	Outros	CIAP-2																								
		CIAP-2																								
		CID-10																								
CID-10																										
Exames solicitados (S) e avaliados (A)	Colsterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	EAS/EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletrocardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletroforese de hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Espirometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemoglobina glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia de sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste de gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Triagem neonatal	Teste da orelhinha (EOA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste do olhinho (TRV)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Outros exames (código de SIG/APP)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Ficou em Observação?	SM	NÃO SM	NÃO SM	NÃO SM	NÃO SM	NÃO SM	NÃO SM	NÃO SM	NÃO SM	NÃO SM	NÃO SM	NÃO SM	NÃO SM	NÃO SM	NÃO SM	NÃO SM	NÃO SM	NÃO SM	NÃO SM	NÃO SM	NÃO SM	NÃO SM	NÃO SM	NÃO SM		
Nasc/Polo	Avaliação/Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Procedimentos Clínicos/Terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Prescrição terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Conduta/Desfecho*	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Agendamento para grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Alta do episódio	Encaminhamento interno no dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ serviço especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ internação hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento intersetorial		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição/Abrijo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa **Aleitamento materno:** 01 - Exclusivo 02 - Predominante 03 - Complementado 04 - Inexistente **Racionalidade em saúde:** 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia Aplicada à Saúde 03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alopática/Convencional, deixar este campo em branco)

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

*Campo obrigatório

FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

007.059.366 fente

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

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

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*	OTM	MTM	PM	MO	PM	OTM	MTM	PM	MO	PM	OTM	MTM	PM
Nº PRONTUÁRIO													
CNS DO CIDADÃO													
Data de nascimento*	Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano												
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Local de atendimento* (ver legenda)													
Tipo atendimento* Demanda Espontânea	Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado												
	Consulta Agendada												
	Escuta Inicial/Orientação												
	Consulta no Dia												
	Atendimento de Urgência												
Atenção Domiciliar	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)		AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Racionalidade em saúde (ver legenda)													
Avaliação antropométrica	Perímetro cefálico (cm)												
	Peso (kg)												
	Altura (cm)												
Vacinação em dia?	SM	NÃO SM	SM	NÃO SM	SM	NÃO SM	SM	NÃO SM	SM	NÃO SM	SM	NÃO SM	SM
Criança	Aleitamento materno (ver legenda)												
	DUM	Dia/Mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		Ano											
Gestante	Gravidez Planejada		SM	NÃO SM	SM	NÃO SM	SM	NÃO SM	SM	NÃO SM	SM	NÃO SM	SM
	Idade Gestacional (semanas)												
	Gestas Prévia(s)/Partos		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Problema/Condição avaliada*	Asma												
	Desnutrição												
	Diabetes												
	DPOC												
	Hipertensão arterial												
	Obesidade												
	Pré-natal												
	Puericultura												
	Puerpério (até 42 dias)												
	Saúde sexual e reprodutiva												
	Tabagismo												
	Usuário de álcool												
	Usuário de outras drogas												
	Saúde mental												
	Reabilitação												

007.059.168 *perito*



FICHA DE PROCEDIMENTOS

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

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*

Nº	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14															
	TURNO* M T N M T N M T N M T N M T N M T N															
Nº PRONTUÁRIO																
CNS DO CIDADÃO																
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Ano															
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)
Local de atendimento*	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Escuta inicial/orientação	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Acupuntura com inserção de agulhas	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Administração de vitamina A	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Cateterismo vesical de alívio	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Cauterização química de pequenas lesões	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Cirurgia de unha (cantoplastia)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Cuidado de estomas	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Curativo especial	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Drenagem de abscesso	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Electrocardiograma	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Coleta de citopatológico de colo uterino	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Exame do pé diabético	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Exérese/biopsia/punção de tumores superficiais de pele	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Fundoscopia (exame de fundo de olho)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Infiltração em cavidade sinovial	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Remoção de corpo estranho subcutâneo	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Retirada de cerume	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Retirada de pontos de cirurgias	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Sutura simples	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Triagem oftalmológica	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Tamponamento de epistaxe	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Teste rápido	De gravidez	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
	Dosagem de proteinúria	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
	Para HIV	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
	Para hepatite C	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Administração de medicamentos	Para sífilis	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
	Oral	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
	Intramuscular	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
	Endovenosa	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
	Inalação/Nebulização	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
	Tópica	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Penicilina para tratamento de sífilis	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Subcutânea (SC)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

007.059.168 Juro

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Procedimentos/Pequenas cirurgias* Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Procedimentos consolidados

Total no período	Aferição de PA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aferição de temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Curativo simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coleta de material para exame laboratorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Glicemia capilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medição de altura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medição de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)
 08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

*Campo obrigatório

007.059.005 frente

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

Proteja sua família da Sífilis, rapaz!

Faça exame junto com sua companheira
e use sempre camisinha!



Dengue, Zika e Chikungunya

007.059.005
Venez

SE VOCÊ AGIR, PODEMOS EVITAR!



E você, já fez sua parte?

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

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



Cartão da Criança

Nome da Criança	A. J. B. C.	
Nome da Mãe	D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z.	
Nome do Pai		
Endereço		
Bairro		
Cidade / Estado	Fone:	CEP
Unidade Básica de Referência		
Data de Nascimento	Local Nascimento	
Comprimento (cm)	Peso em (gramas)	Perímetro cefálico (cm)
Apgar 5	Tipo de parto	Normal Forceps Cesárea
Observações		
	Frente	
	007-059.019	



Cartão da Criança

Nome da Criança	A. J. B. C.	
Nome da Mãe	D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z.	
Nome do Pai		
Endereço		
Bairro		
Cidade / Estado	Fone:	CEP
Unidade Básica de Referência		
Data de Nascimento	Local Nascimento	
Comprimento (cm)	Peso em (gramas)	Perímetro cefálico (cm)
Apgar 5	Tipo de parto	Normal Forceps Cesárea
Observações		
	Frente	
	007.059.019	

007.059.019 Verme

VACINAS OBRIGATÓRIAS NO 1º ANO DE VIDA					Contra Febre-Amarela	Rota Vírus	Outras Vacinas
Anti-Pólio	Tetraivalente DPT(Triplice)	Contra Hepatite B	BCG	Triplce Viral MMR			

1ª dose Data/Rubrica
 2ª dose Data/Rubrica
 3ª dose Data/Rubrica
 Reforço Data/Rubrica

VACINAS OBRIGATÓRIAS NO 1º ANO DE VIDA					Contra Febre-Amarela	Rota Vírus	Outras Vacinas
Anti-Pólio	Tetraivalente DPT(Triplice)	Contra Hepatite B	BCG	Triplce Viral MMR			

1ª dose Data/Rubrica
 2ª dose Data/Rubrica
 3ª dose Data/Rubrica
 Reforço Data/Rubrica

007.059.019 Verme