



007.059.043 Frente

SUS 20 Anos Sistema Único de Saúde**TFD - TRANSPORTE FORA DO DOMICÍLIO
ROTEIRO DE VIAGEM**

Dia: _____ Motorista: _____

Carro: _____ Placa: _____

Km Saída: _____ Km Chegada: _____

Horário de Saída: _____ Chegada: _____

Abastecimento: _____ lts Km: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

007.059.043
verso

Paciente: _____ N° Reg.: _____
Acompanhante: _____
Local de Saída: _____
Local da Consulta: _____ Hs: _____
CNS: _____

Paciente: _____ N° Reg.: _____
Acompanhante: _____
Local de Saída: _____
Local da Consulta: _____ Hs: _____
CNS: _____

Paciente: _____ N° Reg.: _____
Acompanhante: _____
Local de Saída: _____
Local da Consulta: _____ Hs: _____
CNS: _____

Paciente: _____ N° Reg.: _____
Acompanhante: _____
Local de Saída: _____
Local da Consulta: _____ Hs: _____
CNS: _____

Paciente: _____ N° Reg.: _____
Acompanhante: _____
Local de Saída: _____
Local da Consulta: _____ Hs: _____
CNS: _____

Paciente: _____ N° Reg.: _____
Acompanhante: _____
Local de Saída: _____
Local da Consulta: _____ Hs: _____
CNS: _____

Paciente: _____ N° Reg.: _____
Acompanhante: _____
Local de Saída: _____
Local da Consulta: _____ Hs: _____
CNS: _____

Paciente: _____ N° Reg.: _____
Acompanhante: _____
Local de Saída: _____
Local da Consulta: _____ Hs: _____
CNS: _____

007.059.0415 Frente

UF Código da Unidade de Saúde (CNES)

Unidade de Saúde

Código Município Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

Nome Completo do(a) paciente

Apelido do(a) paciente

Nome Completo da Mãe

Identidade Orgão Emissor UF CNPF (CPF)

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

Dados Residenciais

Logradouro Nacionalidade

Número Complemento

Bairro UF

Código Município Município

CEP DDD Telefone

Ponto de Referência

Escolaridade ☐ Analfabeta ☐ Ensino Fundamental incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?
☐ Sim, mama direita
☐ Sim, mama esquerda
☐ Não

2 - Apresenta risco elevado* para câncer de mama?
☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?
☐ Sim
☐ Nunca foram examinadas anteriormente

4 - Fez mamografia alguma vez?
☐ Sim, Quando fez a última mamografia?
☐ Não
☐ Não sabe

* Risco elevado são:
 Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
 - câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
 - câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;
 Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
 Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.
 Mulheres com história pessoal de câncer de mama

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

Unif - União dos quadantes internos
 Umed - União dos quadantes mediais
 RRA - Região retroaxilar
 RC - Região central (união de todos os quadantes)
 PA - Prolongamento axilar
 NR - Não realizado

Localização
 QSL - Quadrante superior lateral
 QIL - Quadrante inferior lateral
 QSM - Quadrante superior medial
 QIM - Quadrante inferior medial
 UQSL - União dos quadantes superiores
 UQIM - União dos quadantes inferiores

INDICAÇÃO CLÍNICA

5 - Mamografia diagnóstica

☐ mama esquerda ☐ mama direita ☐ Ambas

☐ 5a. Achados no exame clínico

Mama direita

☐ Lesão papilar

Descarga papilar

☐ Cristalina
☐ Hemorrágica

Nódulo:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

Mama esquerda

☐ Lesão papilar

Descarga papilar

☐ Cristalina
☐ Hemorrágica

Nódulo:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

☐ 5b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita

☐ nódulo
☐ microcalcificação
☐ assimetria focal
☐ assimetria difusa
☐ área densa
☐ distorção focal

Mama esquerda

☐ 5c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita

☐ nódulo
☐ microcalcificação
☐ assimetria focal
☐ assimetria difusa
☐ área densa
☐ distorção focal

Mama esquerda

☐ 5d. Avaliação da resposta de QT neo-adjuvante

6 - ☐ Mamografia de rastreamento

Data de solicitação

Examinador

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

5 - Mamografia Diagnóstica

5a - Achados no exame clínico

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

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

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

5c - Lesão com diagnóstico de câncer

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

5d - Avaliação de resposta à quimioterapia neo-adjuvante

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

6 - Mamografia de Rastreamento

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

Localização

QSL - Quadrante superior lateral

QIL - Quadrante inferior lateral

QSM - Quadrante superior medial

QIM - Quadrante inferior medial

UQlat - União dos quadrantes laterais

UQsup - União dos quadrantes superiores

UQint - União dos quadrantes internos

UQmed - União dos quadrantes mediais

RRA - Região retroareolar

RC - Região central (união de todos os quadrantes)

PA - Prolongamento axilar

NR - Não realizado

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

MICROÁREA*

NOME COMPLETO:*

NOME SOCIAL:

DATA DE NASCIMENTO:*

SEXO:*(F) (M)

RAÇA/COR:*

☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

Etnia:**

Nº NIS (PIS/PASEP)

NOME COMPLETO DA MÃE:*

☐ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:*

☐ Desconhecido

NACIONALIDADE:*

☐ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro

PAÍS DE NASCIMENTO:**

DATA DE NATURALIZAÇÃO:** / /

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**

DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /

TELEFONE CELULAR: ()

E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

- ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Entead(a) ☐ Neto(a)/Bisneto(a)
☐ Pai/Mãe ☐ Sogro(a) ☐ Irmão/Irmã ☐ Genro/Nora ☐ Outro parente ☐ Não parente

Ocupação

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? ☐ Sim ☐ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

- ☐ Creche
☐ Pré-escola (exceto CA)
☐ Classe de Alfabetização - CA
☐ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
☐ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
☐ Ensino Fundamental Completo
☐ Ensino Fundamental Especial
☐ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)
☐ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)
☐ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)
☐ Ensino Médio Especial
☐ Ensino Médio EJA (Supletivo)
☐ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
☐ Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)
☐ Nenhum

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

- ☐ Empregador
☐ Assalariado com carteira de trabalho
☐ Assalariado sem carteira de trabalho
☐ Autônomo com previdência social
☐ Autônomo sem previdência social
☐ Aposentado/Pensionista
☐ Desempregado
☐ Não trabalha
☐ Servidor público/militar
☐ Outro

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

FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não

PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ☐ Sim ☐ Não

POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ☐ Sim ☐ Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

- ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Outra
☐ Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

- ☐ Homem transexual ☐ Travesti
☐ Mulher transexual ☐ Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL(IS)?

- ☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Outra
☐ Visual ☐ Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

☐ Mudança de território ☐ Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:

Data do óbito:** / /

Número da DO: / - /

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

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

Assinatura

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

ESTÁ GESTANTE? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?

☐ Abaixo do Peso ☐ Peso Adequado ☐ Acima do Peso

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). **

☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outra ☐ Não Sabe

ESTÁ FUMANTE?

☐ Sim ☐ Não

FAZ USO DE ÁLCOOL?

☐ Sim ☐ Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?

☐ Sim ☐ Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?

☐ Sim ☐ Não

TEM DIABETES?

☐ Sim ☐ Não

TEVE AVC/DERRAME?

☐ Sim ☐ Não

TEVE INFARTO?

☐ Sim ☐ Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). **

☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outra ☐ Não Sabe

ESTÁ COM HANSENIASE?

☐ Sim ☐ Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE?

☐ Sim ☐ Não

TEM OU TEVE CÂNCER?

☐ Sim ☐ Não

TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA?

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

☐ Sim ☐ Não

ESTÁ ACAMADO?

☐ Sim ☐ Não

ESTÁ DOMICILIADO?

☐ Sim ☐ Não

USA PLANTAS MEDICINAIS?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). **

☐ Insuficiência Renal ☐ Outro ☐ Não Sabe

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?

☐ Sim ☐ Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL?

2 - QUAL?

3 - QUAL?

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? *

☐ Sim ☐ Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

☐ < 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 1 a 5 anos ☐ > 5 anos

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?

☐ Sim ☐ Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?

☐ Sim ☐ Não

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?

☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ mais de 3 vezes

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?

☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outras
☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). **

☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outras

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

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

FA: Fora de Área

* Campo obrigatório

** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO:

FOLHA:

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA

CEP*:

MUNICÍPIO*:

UF*:

BAIRRO*:

TIPO DE LOGRADOURO*:

NOME DO LOGRADOURO*:

NÚMERO*:

☐ SEM NÚMERO

COMPLEMENTO:

PTO. REFERÊNCIA:

MICROÁREA*

☐ FA

TIPO DE IMÓVEL*

☐

TELEFONES PARA CONTATO

TEL. RESIDÊNCIA: ()

TEL. CONTATO: ()

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*

☐ Próprio ☐ Financiada ☐ Alugada ☐ Arrendada ☐ Cedida ☐ Ocupação ☐ Situação de Rua ☐ Outra

LOCALIZAÇÃO*

☐ Urbana ☐ Rural

TIPO DE DOMICÍLIO

☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Cômodo ☐ Outro

EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra

☐ Proprietário ☐ Parceiro(a)/Meeiro(a) ☐ Assentado(a) ☐ Posseiro ☐ Arrendatário(a)
☐ Comodatário(a) ☐ Beneficiário(a) do Banco da Terra ☐ Não se aplica

Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO

☐ Pavimento ☐ Chão Batido ☐ Fluvial ☐ Outro

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO

Alvenaria/Tijolo: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento
Taipa: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento
Outros: ☐ Madeira Aparelhada ☐ Palha ☐ Material Aproveitado ☐ Outro Material

Disponibilidade de Energia Elétrica? ☐ Sim ☐ Não

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

☐ Rede Encanada até o Domicílio ☐ Poço/Nascente no Domicílio ☐ Cisterna
☐ Carro Pipa ☐ Outro

ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO

☐ Filtrada ☐ Fervida ☐ Clorada ☐ Mineral
☐ Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO

☐ Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial ☐ Fossa Séptica ☐ Fossa Rudimentar
☐ Direto para um Rio, Lago ou Mar ☐ Céu Aberto ☐ Outra Forma

DESTINÓ DO LIXO

☐ Coletado ☐ Queimado/Enterrado ☐ Céu Aberto ☐ Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?

☐ Sim ☐ Não

QUAL(IS)?

☐ Gato ☐ Cachorro ☐ Pássaro ☐ Outros

Quantos: _____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
		/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +			☐
		/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +			☐
		/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +			☐
		/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +			☐

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

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

Assinatura

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:

007.059.048 Jure

Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)?

☐ Sim☐ Não

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME:

CNS DO RESPONSÁVEL:

CARGO NA INSTITUIÇÃO:

TEL. CONTATO:

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, responsável técnico pela instituição, recuso este cadastro, mesmo que essa recusa dificulte o acompanhamento da saúde das pessoas abrigadas/residentes nesta instituição. Estou ciente de que esta recusa não implicará o não atendimento pela equipe de saúde.

Assinatura

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

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

FA: Fora de Área

Tipo de Imóvel: 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

*Campo obrigatório

**Campo com obrigatoriedade condicional

EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de posse e uso da terra ☐ Propriedade (Arrendatário) ☐ Arrendatário ☐ Propriedade (Arrendatário) ☐ Não se aplica		TIPO DE DOMÍLIO: ☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Comércio ☐ Outro	
MATERIAL PREEXISTENTE NA CONSTRUÇÃO DAS PARTES EXTERNAS DO SEU DOMÍLIO: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe		TIPO DE ACESSO AO DOMÍLIO: ☐ Pavimento ☐ Calçada ☐ Rua ☐ Outro	
ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMÍLIO: ☐ Fossa ☐ Furo ☐ Cisterna ☐ Outro		ABASTECIMENTO DE ÁGUA: ☐ Rede pública ☐ Furo ☐ Cisterna ☐ Outro	
DESTINO DO LIXO: ☐ Coleta ☐ Queima ☐ Outro		FORMA DE ESGOTOAMENTO DO BANHEIRO OU W.C.: ☐ Rede pública ☐ Furo ☐ Cisterna ☐ Outro	
ANIMAIS NO DOMÍLIO: ☐ Sim ☐ Não			

FAMÍLIAS	Nº ORÇAMENTO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RECEITA FAMILIAR (R\$ MILHÕES)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE (MÊS) (ANO)	MODALIDADE
							☐
							☐
							☐
							☐

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, responsável técnico pela instituição, recuso este cadastro, mesmo que essa recusa dificulte o acompanhamento e a assistência à saúde das pessoas abrigadas/residentes nesta instituição. Estou ciente de que esta recusa não implicará o não atendimento pela equipe de saúde.

Assinatura

007.059.049 Funt



FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

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

15

16

17

18

19

20

21

22

23

TURNO*

M

T

N

M

T

N

M

T

N

M

T

N

M

T

N

M

T

N

M

T

N

M

T

N

MICROÁREA*

TIPO DE IMÓVEL*

Nº PRONTUÁRIO

CNS do Cidadão

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

Data de nascimento**

Dia/mês

Ano

Sexo** (F) Feminino (M) Masculino

(F)

(M)

Visita compartilhada com outro profissional

Cadastramento/Atualização

Visita periódica

Busca ativa

Consulta

Exame

Vacina

Condições de Bolsa Família

Gestante

Puerpera

Recém-nascido

Criança

Pessoa com desnutrição

Motivo da visita*

007.059.049 verso

200.920.500

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

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

Microárea: usar FA para Fora de Área ou 00 a 99 para o número da microárea.

Tipo de imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, barracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

Campo []: campo numérico

* Campo obrigatório

** Campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família

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

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

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		3 Data da Notificação
	2 Agravado/doença	1- DENGUE	2- CHIKUNGUNYA	Código (CID10)
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	10 (ou) Idade	11 Sexo
	12 Gestante	13 Raça/Cor	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS
	16 Nome da mãe	17 UF	18 Município de Residência	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)
Dados de Residência	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	

Dados clínicos e laboratoriais

Inv.	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	33 Sinais clínicos e achados laboratoriais inespecíficos	
Dados clínicos	34 Doenças pré-existent	35 Sorologia (IgM) Chikungunya
	36 Doenças pré-existent	37 Exame PRNT
Dados laboratoriais	38 Resultado	39 Sorologia (IgM) Dengue
	40 Resultado	41 Exame NS1
	42 Resultado	43 Isolamento
	44 Resultado	45 RT-PCR
	46 Resultado	47 Sorotipo
	48 Histopatologia	49 Imunohistoquímica

007.059.051 Vano

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐	51 Data da Internação _____	52 UF _____	53 Município do Hospital _____	Código (IBGE) _____
	54 Nome do Hospital _____		Código _____		55 (DDD) Telefone _____

Conclusão	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)				
	56 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado ☐		57 UF _____	58 País _____	
	59 Município _____	Código (IBGE) _____	60 Distrito _____	61 Bairro _____	
	62 Classificação 5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya		63 Critério de Confirmação/Descarte 1- Laboratório 2- Clínico- Epidemiológico 3- Em investigação		64 Apresentação clínica ☐ Aguda ☐ Crônica
	65 Evolução do Caso 1-Cura 2- óbito pelo agravamento 3- óbito por outras causas 4- óbito em investigação 9- Ignorado		66 Data do óbito _____		67 Data do Encerramento _____

Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave

Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	68 Dengue com sinais de alarme 1-Sim 2- Não 9-Ignorado ☐		☐ Vômitos persistentes ☐ Aumento progressivo do hematócrito ☐ Dor abdominal intensa e contínua ☐ Hepatomegalia >= 2cm ☐ Letargia ou irritabilidade ☐ Acúmulo de líquidos ☐ Sangramento de mucosa/outras hemorragias		69 Data de início dos sinais de alarme: _____
	70 Dengue grave 1-Sim 2- Não 9-Ignorado ☐		Sangramento grave: ☐ Hematêmese ☐ Metrorragia volumosa ☐ Melena ☐ Sangramento do SNC		Comprometimento grave de órgãos: ☐ AST/ALT > 1.000 ☐ Miocardite ☐ Alteração da consciência ☐ Outros órgãos, especificar: _____
	Extravasamento grave de plasma: ☐ Pulso débil ou indetectável ☐ Taquicardia ☐ PA convergente <= 20 mmHg ☐ Extremidades frias ☐ Tempo de enchimento capilar ☐ Hipotensão arterial em fase tardia ☐ Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória				
	71 Data de início dos sinais de gravidade: _____				

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Investigador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde _____	
	Nome _____		Assinatura _____	
	Função _____			



Gestão 2017-2020

PREFEITURA MUNICIPAL DE
ARAPUTANGA
Brilha para todos!



CÂMARA
MUNICIPAL DE
ARAPUTANGA

APOIO:



GOVERNO DE
**MATO
GROSSO**



AL-MT
Assembleia
Legislativa

Dr. Leonardo
DEPUTADO ESTADUAL

wancley
LUTANDO POR TODA DIVERSIDADE



Cód: 007.059.064

Cód: 007.059.008 Frente

INAUGURAÇÃO E ENTREGA DE AÇÕES E OBRAS

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

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

Coel: 007.059.064
007.059.008
venio

ATO RELIGIOSO

20/05 | 7H

MISSA EM AÇÃO DE GRAÇAS - IGREJA MATRIZ

27/05 | 19H30

CULTO DE AÇÃO DE GRAÇAS

IG. ASSEMBLEIA DE DEUS SEDE

LANÇAMENTOS 2018

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

Pavimentação da rua Osvaldo Alvares de Campos - Jardim Village	Reconstrução da rua Padre Anchieta - São Sebastião -
Pavimentação da rua Ana Araújo Moreira - Jardim Village	Reconstrução da rua Amador Bueno - Jardim Primavera
Pavimentação da avenida João Marques Luiz - Jardim Village	Solicitação de 02 (duas) Patrulhas Mecanizadas
Reconstrução da rua Horácio A. de Carvalho - São Sebastião	Ordem de Compra de Equipamentos para a agricultura Familiar: - 02 (duas) Retroescavadeira; - 02 (duas) Mini Carregadeira Modulável; - 01 (uma) Patrol - Motoniveladora;
Reconstrução da rua Ver. Manoel Fernandes - Centro	Revitalização da Biblioteca Municipal o
Reconstrução da rua Men de Sá - Centro	Campanha "Doe Um Livro" o
Reconstrução da rua Joaquim Nabuco - Centro	Programa "Mais Alfabetização" C
Reconstrução da rua Arthur Francisco Xavier - Centro	Construção de 02 (duas) salas de aulas e 02 (dois) banheiros adaptados no C.E.I. "Pingo de Gente" F
Reconstrução da rua Sebastião Fernandes de Oliveira - Centro/São Sebastião	Construção de 03 (três) salas de aulas e reforma do C.E.I. "Morada dos Pequenos" F
Reconstrução da rua Benedito Sardinha - Centro	Implantação do Programa LTCAT F
Reconstrução da rua Antenor Mamedes - Centro	Escola Conectada F
Reconstrução da rua Limiro Rosa Pereira - Centro/São Sebastião	Projeto Ginastica Laboral - SEMEC e Escolas Municipais F
Reconstrução da avenida Marechal Rondon - Centro/São Sebastião	Confecção de Uniformes Escolares F
Reconstrução da rua Barão de Mauá - São Sebastião	
Reconstrução da rua Washington Luiz - Jardim Primavera	
Reconstrução da rua Rua 07 - Jardim Primavera	
Reconstrução da rua Rua 09 - Jardim Primavera	

SAIBA COMO SE PROTEGER CONTRA DENGUE.

007.059.075 Jurema

LIXO



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



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



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

PLANTAS E JARDINS



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



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



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

CAIXAS D'ÁGUA, CALHAS E LAJES



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



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



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

TONÉIS E DEPÓSITOS DE ÁGUA



- Mantenha bem tampados tonéis e barris d'água.



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



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

OUTROS CUIDADOS QUE VOCÊ DEVE TOMAR PARA A DENGUE NÃO TE PEGAR:

1. Não acumule materiais descartáveis desnecessários e sem uso. Se forem destinados à reciclagem, guarde-os sempre em local coberto e abrigados da chuva.
2. Trate adequadamente a piscina com cloro. Se ela não estiver em uso, esvazie-a completamente, não deixando poças d'água. Se tiver lagos, cascatas ou espelhos d'água, mantenha-os limpos ou crie peixes que se alimentem de larvas.
3. Entregue pneus velhos ao serviço de limpeza urbana. Caso precise deles, guarde-os, sem água, em locais cobertos.
4. Verifique se todos os ralos da casa não estão entupidos. Limpe-os pelo menos uma vez por semana e, se não os estiver usando, deixe-os fechados.
5. Guarde as garrafas, baldes ou latas vazias de cabeça para baixo.
6. Lave com escova e sabão as vasilhas de água e de comida de seus animais pelo menos uma vez por semana.
7. Retire a água da bandeja externa da geladeira pelo menos uma vez por semana. Lave a bandeja com sabão.
8. Não deixe acumular água na parte debaixo das torneiras de bebedouros e filtros de água.

COMBATER A DENGUE É UM DEVER MEU, SEU E DE TODOS.

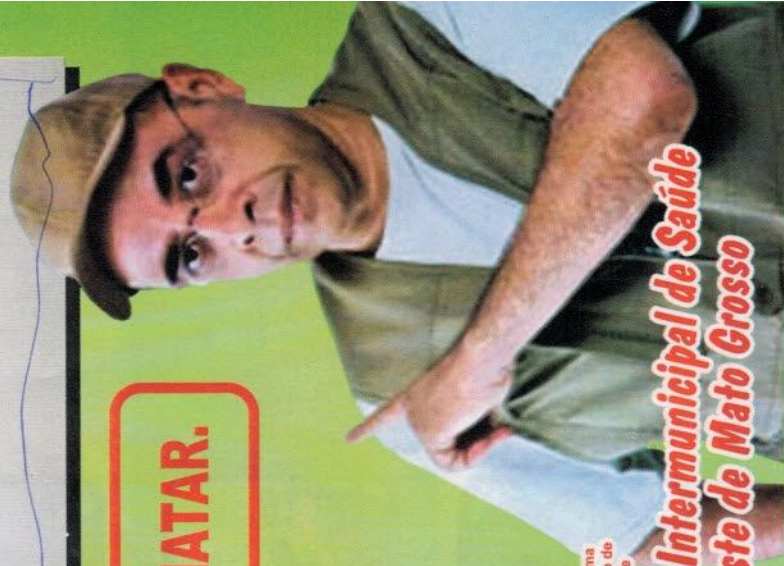
A DENGUE PODE MATAR.

Procure logo um serviço de saúde em caso dos seguintes sintomas: febre com dor de cabeça e dor no corpo.



SUS
Sistema
Único de
Saúde

**Consórcio Intermunicipal de Saúde
do Oeste de Mato Grosso**



TODOS UNIDOS CONTRA A DENGUE

Faça você também sua parte,
ajude a erradicar este mal

SUS
Sistema
Único de
Saúde
**Consórcio Intermunicipal de Saúde
do Oeste de Mato Grosso**

**Escritório Regional
de Cáceres**



MAIORES INFORMAÇÕES:

CEDCA-MT

Conselho Estadual de Defesa dos
Direitos da Criança e do Adolescente

(65) 3624-5796

(65) 3631-1753

www.cedca.mt.gov.br



FIA-MT/DOAÇÕES

BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 3834-2

CONTA: 1042678-7

CNPJ: 21.803.863/0001-77

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



SETAS
SECRETARIA DE
ESTADO DE TRABALHO E
ASSISTÊNCIA SOCIAL

GOVERNO DE
MATO GROSSO
ESTADO DE TRANSFORMAÇÃO



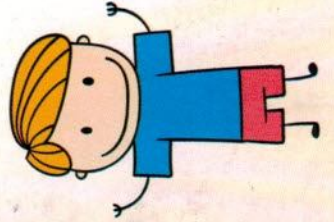
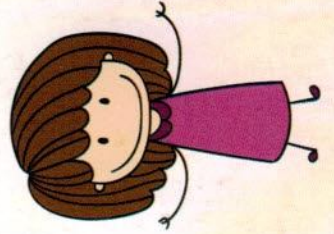
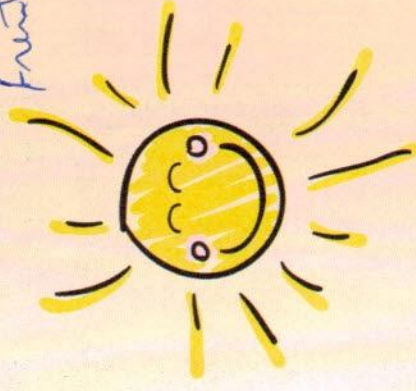
Escola de Conselhos
de Mato Grosso



FUNDO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Céd: 007.059.071

Fruto



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

É um Fundo Público que tem como objetivo financiar projetos que atuem na garantia da promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente. Os recursos são aplicados exclusivamente nesta área com fiscalização do conselho estadual e/ou municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Esses recursos são para complementar o financiamento de ações de projetos voltados à infância e juventude. DEDUÇÃO NO IMPOSTO DE RENDA.

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

DOAÇÕES DE PESSOA FÍSICA:

As doações são realizadas no momento da Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda, poderão ser deduzidas até o percentual de 3% sobre o imposto devido apurado na declaração. A dedução está sujeita ao limite global de 6% do imposto devido apurado na declaração juntamente com as demais deduções de incentivo. Isto requer o pagamento mediante recibo ao Fundo, como forma de antecipação do valor da doação.

DOAÇÕES DE PESSOA JURÍDICA:

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

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

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

COMPROVAÇÃO LEGAL DAS DOAÇÕES.

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

• Número de ordem, nome, CNPJ e endereço do emitente;

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

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

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

PRESTAÇÃO DE CONTAS

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

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

007059.073 verso

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

PASSO A PASSO PARA A DOAÇÃO

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

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

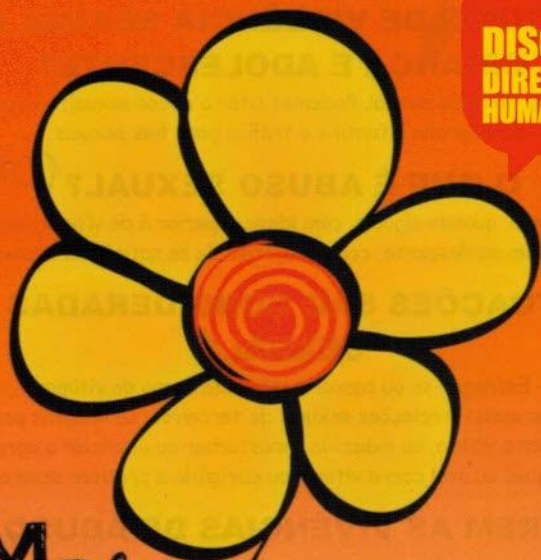
3º PASSO: em relação às doações efetuadas até o dia 31 de dezembro do ano anterior, quando do preenchimento da declaração de imposto de renda pelo modelo completo, inserir o valor da doação, o nome do fundo e o respectivo CNPJ no "código 40 - Doações - Estatuto da Criança e do Adolescente", do item "Relação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

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

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



DISQUE
DIREITOS
HUMANOS



18 de Maio

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

*Cód: 007.059.075
fonte*

FAÇA BONITO.

PROTEJA NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES.

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

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

**Procure o Conselho Tutelar, CRAS
ou Disque 100.**

QUAIS OS TIPOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE?

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

O QUE É ABUSO SEXUAL?

007.059.075
Jussara

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

QUAIS SITUAÇÕES SÃO CONSIDERADAS ABUSO SEXUAL?

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

ONDE OCORREM AS VIVÊNCIAS DE ABUSO SEXUAL?

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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



Ministério Público
DO ESTADO DE MATO GROSSO



Conselho Municipal de Direitos
da Criança e do Adolescente



Atual

REVISTA

MUNICÍPIOS

“Divulgando o potencial do seu município”

Céd. 9.007.059
Ano XVII - Nº 1
Maio/2015 - R\$ 10,00

Araputanga 52 anos



Indiavaí

Ações voltadas para todos
É a prefeitura trabalhando por você.

Leia págs. 14

007.059.124 ^{Frente} Prefeitur

SUS - Sistema Único de Saúde

Prefeitura Municipal de Araputanga - MT

U.S.:

MÊS:

ANO:

RESPONSÁVEL:

FL. N°.:

Nº Ordem	Data	Nº Ficha Familiar	NOME DO PACIENTE	IDADE	SEXO		1º Atend.	A. Subs.	ATIVIDADES REALIZADAS														Outros																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
					M	F			Pre Consulta	Pós Consulta	Curativo	Imunização	Injeção	TRO	IRA	CD	Inalação	Aplicação Soro	Prevenção Câncer	Progr. Especiais	Visitas	Palestras		Pré-Natal	Pequenas Cirurgias	Sinais Vitais																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						

[illegible]

DATA

[illegible]

[illegible]

007.059.126
Frente

N.º PRONT.:

Baciloscopia: _____ Forma Clínica: _____ Esquema: PB () MB ()

Ponto de Referência: _____ Apelido: _____

[illegible][illegible]

Col: 007-059.155 Uno-
TODOS OS SERVIÇOS DO SINE SÃO GRATUITOS

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



CONTATO

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

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

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

CONTATO

REALIZAÇÃO



APOIO



INFORMAÇÕES SOBRE O PROGRAMA - SINE/MT

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

QUANDO

OPORTUNIDADES

APARECEM, HISTÓRIAS
SE TRANSFORMAM



PROGRAMA EMPREGA REDE

INCLUSÃO SOCIOPRODUTIVA DAS
PESSOAS EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADE SOCIAL

TRABALHADOR EM SITUAÇÃO
DE VULNERABILIDADE SOCIAL



PROGRAMA EMPREGA REDE

INCLUSÃO SOCIOPRODUTIVA DAS
PESSOAS EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADE SOCIAL

MISSÃO

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

VISÃO

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



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

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

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

EMPREGA REDE

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

VALORES DO PROGRAMA

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

PÚBLICO PRIORITÁRIO DO EMPREGA REDE

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

OBJETIVOS

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

QUAL O PAPEL DO SINE/MT?

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

COMO PARTICIPAR DO PROGRAMA?

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

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

Para realização do cadastro no SINE/MT, faz-se necessário a apresentação dos seguintes documentos:

- Registro Geral (RG) e CPF;
- Carteira de Trabalho - CTPS;
- Comprovante de Residência;

COMO É REALIZADO O ATENDIMENTO?

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

- 07.059.155
- Elaborar informações e orientações ao trabalhador e ao mercado consumidor de mão de obra; *feito*
 - Implantar Plano de Qualificação adequada à demanda e à região;
 - Gerar resultados distributivos, focalizando grupos que se encontram numa situação de desvantagem no mercado de trabalho.

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

Unid: 007.059.158

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

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

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



MINISTÉRIO DO
DESENVOLVIMENTO SOCIAL
E AGRÁRIO

CAIXA

www.caixa.gov.br

Ouvindo - 0800 725 7474

0800 726 2492

(Informações, reclamações, sugestões e elogios)
Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala

SAC CAIXA - 0800 726 0101

mdspravoce.mds.gov.br/bolsa-familia | twitter.com/bolsafamilia | facebook.com/bolsafamilia

Outras informações e denúncias sobre o Bolsa Família.

Social e Agrário

Ministério do Desenvolvimento

0800 707 2003

Atendimento CAIXA ao Cidadão

0800 726 0207

Sobre cartão e saque do seu benefício,
ou se quiser devolver o seu benefício.

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

CALENDÁRIO
DE PAGAMENTOS 2017



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

002:007.059.156

SEMINÁRIO MUNICIPAL DE FRUTOS EDUCAÇÃO DO CAMPO

Araputanga/MT

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

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



1º SEMINÁRIO MUNICIPAL DE
EDUCAÇÃO DO CAMPO
0808 0808 0808 - ARAPUTANGA/MT

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

REALIZAÇÃO



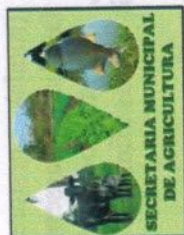
GOVERNO DO
MATO
GROSSO



SEDUC
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
ESPORTE E Lazer



APOIO



COMISSÃO ORGANIZADORA

Coordenadora: LACBON,
(SEMEC) Assessora Pedagógica (SEDUC) e
Secretaria Municipal de Educação e Cultura

16:00 – Encerramento e Coffee Break
das propostas para elaboração do plano de ação.
17:00 – Plenária para socialização e aprovação
na organização do currículo
Tema: As contribuições da pedagogia de projetos
plano de ação/projetos de Educação do Campo
temáticas a serem consideradas na elaboração de
(GT) 04 para discussão e construção de propostas
17:30 - Organização de Grupos de Trabalho
Profissionais em Educação do Campo.
18:00 – Apresentação da proposta de formatação
18:00 – Almoço
19:20 - Informe do evento
(música/poesia/danças)
19:40 - Apresentação cultural
Coopnoroeste (Vagner Meira Teixeira).
do Campo na sucessão da agricultura familiar -
10:10 - Apresentação 04 - A importância da Educação
10:00 - Apresentação cultural
(CEFAPRO)
construção do Projeto Pedagógico
Educação do Campo no Brasil: O processo de
09:30 - Apresentação 03 - Experiências e modelos de
09:30 - Apresentação cultural
(D4, Toriêre Pessoa Bittencourt)
Educação do Campo no Brasil - UNEMAT
08:20 - Apresentação 02 - História e marcos legais da
08:40 - Apresentação cultural
(Gislaine/Vicente Fuxini Amoroso)
uma das movimentações sociais do campo - MST
08:10 - Apresentação 01 - A Educação do Campo: uma

009:020.122 1992

I SEMINÁRIO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DO CAMPO

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

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

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

APRESENTAÇÃO

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

OBJETIVOS

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

da Agricultura Familiar no município de Araputanga-MT.

JUSTIFICATIVA

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

PROGRAMAÇÃO

DIA – 17/08 (Sexta-feira)

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

Cod: 007.059.156 156

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

08:40 - Apresentação cultural

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

09:20 - Apresentação cultural

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

10:00 - Apresentação cultural

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

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

10:50 - Informes do evento

11:00– Almoço

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

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

COMISSÃO ORGANIZADORA

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

Cadastro

Conhecer
para incluir

Único

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

Cadastro 007.059.010



Coel: 007.059.013

Partes Interessadas:

ASSUNTO

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.



Estado de Mato Grosso

Prefeitura Municipal de Araputanga

Rua Antenor Mamedes, nº 911

CEP 78.260-000

- Araputanga

Fone: (65) 3261-1736

- Mato Grosso

Céd: 007.059.016



Estado de Mato Grosso

Prefeitura Municipal de Araputanga

Rua Antenor Mamedes, nº 911

CEP 78.260-000

- Araputanga

Fone (65) 3261-1736

- Mato Grosso

Cod: 007.059.017

Cód: 007.059.074

7º Encontro Estadual do

Programa A União Faz a Vida

Educação de qualidade: uma grande notícia.



Coloque as suas principais
inspirações na TV. Quem sabe
futuramente elas se
transformem em boas notícias.



7º Encontro Estadual do
Programa
A União Faz
a Vida





Estado de Mato Grosso

Prefeitura Municipal de Araputanga

Rua Antenor Mamedes, nº 911
CEP 78.260-000

Fone: (65) 3261-1736
- Mato Grosso

- Araputanga

Céd.: 007.059.341

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Caderneta de Saúde da Criança Menino



PASSAPORTE DA CIDADANIA

11ª edição



Brasília - DF
2017



007.059.121



007.059.073

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA

CNPJ 15.023.914/0001-45

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA

Gestão Democrática e Ensino de Qualidade



PREFEITURA MUNICIPAL DE
ARAPUTANGA
UMA CIDADE PARA TODOS
ADMINISTRAÇÃO 2009 - 2012

Céd : 007.059.101

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



Cartão de Matrícula Familiar

NOME:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

Composição Familiar

Nº	NOME	Nº	NOME



PREFEITURA MUNICIPAL DE

ARAPUTANGA

UMA CIDADE PARA TODOS

ADMINISTRAÇÃO: 2009 - 2012



007.059.073

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA

CNPJ 15.023.914/0001-45

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA

Gestão Democrática e Ensino de Qualidade



PREFEITURA MUNICIPAL DE
ARAPUTANGA
UMA CIDADE PARA TODOS
ADMINISTRAÇÃO 2009 - 2012



007.059.103

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA
CNPJ 15.023.914/0001-45

Estado de Mato Grosso
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA

Secretaria Municipal de Educação e Cultura

NOME DO ESTABELECIMENTO _____

LOCAL _____

ALUNO _____

FILIAÇÃO PAI _____ PROF _____

MÃE _____ PROF _____

LOCAL DO NASCIMENTO _____

DATA DE NASCIMENTO _____ DE _____ ESTADO _____

Nº DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO _____



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

Escola _____

Ensino: () Infantil () Fundamental () Médio

Ciclo: _____ Ano: _____ Turma: _____

Turno: _____ Ano Letivo: _____

DIÁRIO DA TURMA

Professores: _____



PRONTUÁRIO SUAS



Nome da Pessoa de Referência na Família: _____

Nº do Prontuário: _____

Tipo de Unidade: ☐ CRAS ☐ CREAS Nº da Unidade:

Nome da Unidade:



Cod - 007059.052

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE HANSENÍASE

FICHA DE BACILOSCOPIA

Nome do Paciente: _____ N° do Reg.: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Ponto de Referência: _____ Apelido: _____

ÍNDICE BACTERIOLÓGICO SEGUNDO A ESCALA DE RIDLEY

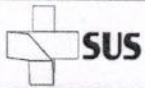
LOCAL DOS ESFREGAÇOS	ANTES DO TRATAMENTO	12° MÊS	ACOMPANHAMENTO		
			24° MÊS	36° MÊS	48° MÊS
	IB	IB	IB	IB	IB
1ª Lesão					
2ª Lesão					
Cotovelo D.					
Cotovelo E.					
L. Orelha D.					
L. Orelha E.					
IB MÉDIO					
DATA	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
ASSINATURA	Téc.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

OBSERVAÇÕES:

BAAR antes do tratamento:	_____ % Íntegros	_____ % Granulosos	_____ % Fragmentados
BAAR no 12° mês:	_____ % Íntegros	_____ % Granulosos	_____ % Fragmentados
BAAR no 24° mês:	_____ % Íntegros	_____ % Granulosos	_____ % Fragmentados
BAAR no 36° mês:	_____ % Íntegros	_____ % Granulosos	_____ % Fragmentados
BAAR no 48° mês:	_____ % Íntegros	_____ % Granulosos	_____ % Fragmentados

Localização das lesões: _____

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



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - SEXO

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

Mas. ☐ Fem. ☐

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - RAÇA/COR

8.1 - ETNIA

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE.

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE.

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE.

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE.

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37-CID10 PRINCIPAL, 38-CID10 SECUNDÁRIO, 39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS.

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42- DATA DA SOLICITAÇÃO

45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

a

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES

007.059.167 frente

	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

TURNO: * (M) (T) (N)		CNS DO PROFISSIONAL	CBO***
LOCAL DE ATIVIDADE		_____	____-____
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)	CNES	_____	____-____
_____	_____	_____	____-____
OUTRA LOCALIDADE:		_____	____-____
Nº DE PARTICIPANTES*	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	_____	____-____
____	____	_____	____-____

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

ATIVIDADE (opção única)*	
04	Educação em saúde
05	Atendimento em grupo
06	Avaliação/Procedimento coletivo
07	Mobilização social

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

007.059.167 Verso

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

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

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório ao informar lista de participantes

***Campo com obrigatoriedade condicionada