

007.059.166 verso

| ATAG Nº | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Problema/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"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | 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"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | 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"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | 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"/> | | | | | | | | | | | | |
| | 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"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | 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"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | 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"/> | | | | | | | | | | | | |
| | Outros | CIAP-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | CIAP-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | CID-10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CID-10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exames solicitados (S) e avaliados (A) | Colesterol total | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | 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 | |
| | Eletrcardiograma | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | Eletrforese 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 do SIGTAP) | | 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? | | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | |
| Nasf/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 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Encaminhamento | Encaminhamento interno no dia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa **Aleitamento materno:** 01 - Exclusivo 02 - Predominante 03 - Complementado 04 - Inexistente **Racionalidade em saúde:** 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia Aplicada à Saúde 03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alopátia/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

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

007.059.166 frente

| | | | | |
|----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 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* | | M/T/N | M/T/N | M/T/N | M/T/N | M/T/N | M/T/N | M/T/N | 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) | (F) (M) | (F) (M) | (F) (M) | (F) (M) | (F) (M) |
| Local de atendimento* (ver legenda) | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo atendimento* | Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | Consulta Agendada | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | Escuta Inicial/Orientação | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | Consulta no Dia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | Atendimento de Urgência | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Atenção Domiciliar | Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda) | AD__ | AD__ | 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? | | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO |
| Criança | Aleitamento materno (ver legenda) | | | | | | | | | | | | | |
| | DUM | | | | | | | | | | | | | |
| Gestante | Gravidez Planejada | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO |
| | Idade Gestacional (semanas) | | | | | | | | | | | | | |
| | Gestas Prévias/Partos | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| Problema/Condição avaliada* | Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Desnutrição | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | DPOC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Hipertensão arterial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Obesidade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Pré-natal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Puericultura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Puerpério (até 42 dias) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Saúde sexual e reprodutiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Tabagismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Usuário de álcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Usuário de outras drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Saúde mental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reabilitação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |



FICHA DE PROCEDIMENTOS

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

007.059.168 frente

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) | (M)(T)(N) | (M)(T)(N) | (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) | (F)(M) | (F)(M) | (F)(M) | (F)(M) | (F)(M) | (F)(M) | |
| Local de atendimento* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Escuta inicial/orientação | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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/Pequenas cirurgias* | Acupuntura com inserção de agulhas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Administração de vitamina A | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Cateterismo vesical de alívio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Cauterização química de pequenas lesões | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Cirurgia de unha (cantoplastia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Cuidado de estomas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Curativo especial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Drenagem de abscesso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Eletrocardiograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Coleta de citopatológico de colo uterino | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Exame do pé diabético | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Exêrese/biópsia/punção de tumores superficiais de pele | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Fundoscopia (exame de fundo de olho) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Infiltração em cavidade sinovial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Remoção de corpo estranho subcutâneo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Retirada de cerume | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Retirada de pontos de cirurgias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Sutura simples | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Triagem oftalmológica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Tamponamento de epistaxe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Teste rápido | De gravidez | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Dosagem de proteinúria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Para HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Para hepatite C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Para sífilis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Administração de medicamentos | Oral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Intramuscular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Endovenosa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Inalação/Nebulização | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Tópica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Penicilina para tratamento de sífilis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Subcutânea (SC) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| 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
Vezes

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"/> Bandeijas 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 | | | Local Nascimento | | |
| Nome da Mãe | 228.163 | | Comprimeto (cm) | Peso em (gramas) | Perímetro cefálico (cm) |
| Nome do Pai | | | Appar 5 | Tipo de parto | Normal Forceps Cesária |
| Endereço | | | Observações | | |
| Bairro | | | | | |
| Cidade / Estado | Fone: | CEP | | | |
| Unidade Básica de Referência | | | | | |
| Data de Nascimento | | | | | |

fronte
007-059.019



Cartão da Criança

| | | | | | |
|------------------------------|-------|-----|------------------|------------------|-------------------------|
| Nome da Criança | | | Local Nascimento | | |
| Nome da Mãe | 02210 | | Comprimeto (cm) | Peso em (gramas) | Perímetro cefálico (cm) |
| Nome do Pai | | | Appar 5 | Tipo de parto | Normal Forceps Cesária |
| Endereço | | | Observações | | |
| Bairro | | | | | |
| Cidade / Estado | Fone: | CEP | | | |
| Unidade Básica de Referência | | | | | |
| Data de Nascimento | | | | | |

fronte
007.059.019

007.059.019 Vene

VACINAS OBRIGATÓRIAS NO 1º ANO DE VIDA

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

Data/Rubrica
1 a.
 dose

Data/Rubrica
2 a.
 dose

Data/Rubrica
3 a.
 dose

Data/Rubrica
Reforço

VACINAS OBRIGATÓRIAS NO 1º ANO DE VIDA

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

Data/Rubrica
1 a.
 dose

Data/Rubrica
2 a.
 dose

Data/Rubrica
3 a.
 dose

Data/Rubrica
Reforço

007.059.019 Vene



007.059.043 Frente



TFD - TRANSPORTE FORA DO DOMICÍLIO ROTEIRO DE VIAGEM

Dia: _____ Motorista: _____

Carro: _____ Placa: _____

Km Saída: _____ Km Chegada: _____

Horário de Saída: _____ Chegada: _____

Abastecimento: _____ lts Km: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

007.059.043

verso

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante: _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante: _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante: _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante: _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante: _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante: _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante: _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante: _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

Paciente: _____ Nº Reg.: _____

Acompanhante: _____

Local de Saída: _____

Local da Consulta: _____ Hs: _____

CNS: _____

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

Localização

UQAP - União dos quadras superiores

UQINT - União dos quadras laterais

QIM - Quadra interior mediana

QSM - Quadra superior mediana

QIL - Quadra interior lateral

QSL - Quadra superior lateral

UR - Não taxado

PA - Poligonamento exterior

RC - Região central (união de todas as quadras)

RRA - Região retroaxilar

UOMED - União dos quadras médias

UQINT - União dos quadras 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 | Mama esquerda |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> nódulo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> microcalcificação | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> assimetria focal | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> assimetria difusa | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> área densa | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> distorção focal | <input type="checkbox"/> |

5c. Lesão com diagnóstico de câncer

| Mama direita | Mama esquerda |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> nódulo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> microcalcificação | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> assimetria focal | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> assimetria difusa | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> área densa | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> distorção focal | <input type="checkbox"/> |

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

007.089.047 *Cont*

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

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|
| CNS DO CIDADÃO | CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR | MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA |
| NOME COMPLETO:* | _____ | | |
| NOME SOCIAL: | _____ | | DATA DE NASCIMENTO:* / / |
| RAÇA/COR:* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena | Etnia: ** | Nº NIS (PIS/PASEP) _____ | |
| NOME COMPLETO DA MÃE:* | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Desconhecido | | | |
| NOME COMPLETO DO PAI:* | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Desconhecido | | | |
| NACIONALIDADE:* <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> 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

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* Sim Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?*

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

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 D.O.: _____

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

007.059.047 verso

| | | |
|---|-----------------|--|
| CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS | | SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA? |
| ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | |
| SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso | | TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe |
| ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | ESTÁ COM HANSENIASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____ |
| TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe | | USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____ |
| SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe | | USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE | | |
| 1 - QUAL? _____ | 2 - QUAL? _____ | 3 - QUAL? _____ |

| | | |
|--|--|---|
| CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA | | |
| ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos | | SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____ |
| RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____ |
| QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes | | TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras | | SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras |
| <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular | | |

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

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|--|--|--|

007.059.048 Frente

| | | | |
|--|--|---------------|--------|
| | CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL | DIGITADO POR: | DATA: |
| | | CONFERIDO: | FOLHA: |

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

| | | | | |
|--|---------------------|---------------------|---|-----|
| ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA | | MUNICÍPIO* | | UF* |
| CEP* | | | | |
| BAIRRO* | TIPO DE LOGRADOURO* | NOME DO LOGRADOURO* | | |
| NÚMERO* <input type="radio"/> SEM NÚMERO | COMPLEMENTO: | PTO. REFERÊNCIA: | MICROÁREA* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FA | |

| | |
|---|----------------------------|
| TIPO DE IMÓVEL* | TELEFONES PARA CONTATO |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | TEL. RESIDÊNCIA: () _____ |
| | TEL. CONTATO: () _____ |

| | |
|--|--|
| CONDIÇÕES DE MORADIA | |
| SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA* | LOCALIZAÇÃO* |
| <input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiado <input type="radio"/> Alugado <input type="radio"/> Arrendado <input type="radio"/> Cedido <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra | <input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural |

| | |
|---|--|
| TIPO DE DOMICÍLIO | EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra |
| <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outro | <input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parceiro(a)/Meeiro(a) <input type="radio"/> Assentado(a) <input type="radio"/> Posseiro <input type="radio"/> Arrendatário(a) |
| Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____ | <input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica |

| | |
|---|---|
| TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO | MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO |
| <input type="radio"/> Pavimento <input type="radio"/> Chão Batido <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro | Alvenaria/Tijolo: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento Taipa: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento Outros: <input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material |
| Disponibilidade de Energia Elétrica? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | |

| | |
|---|--|
| ABASTECIMENTO DE ÁGUA | ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO |
| <input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço/Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Cisterna <input type="radio"/> Carro Pipa <input type="radio"/> Outro | <input type="radio"/> Filtrada <input type="radio"/> Fervida <input type="radio"/> Clorada <input type="radio"/> Mineral <input type="radio"/> Sem Tratamento |

| | |
|---|--|
| FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO | DESTINO DO LIXO |
| <input type="radio"/> Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial <input type="radio"/> Fossa Séptica <input type="radio"/> Fossa Rudimentar <input type="radio"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outra Forma | <input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro |

| | | |
|---|--|----------------|
| ANIMAIS NO DOMICÍLIO? | QUAL(IS)? | Quantos: _____ |
| <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | <input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Pássaro <input type="checkbox"/> Outros | |

| 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 |
|----------|------------------------|----------------------|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | _____ | _____ | ____/____/____ | ¼½1234+ | _____ | ____/____ | <input type="checkbox"/> |
| | _____ | _____ | ____/____/____ | ¼½1234+ | _____ | ____/____ | <input type="checkbox"/> |
| | _____ | _____ | ____/____/____ | ¼½1234+ | _____ | ____/____ | <input type="checkbox"/> |
| | _____ | _____ | ____/____/____ | ¼½1234+ | _____ | ____/____ | <input type="checkbox"/> |

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

007.059.048 Jense

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:

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

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Terreno baldio <input type="checkbox"/> Ponto Estratégico <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Abrigo <input type="checkbox"/> Instituição de longa permanência para idosos <input type="checkbox"/> Unidade prisional <input type="checkbox"/> Unidade de medida socioeducativa <input type="checkbox"/> Delegacia <input type="checkbox"/> Estabelecimento religioso <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

| FAMÍLIAS N.º FAMILIAR | CNS DO RESPONSÁVEL** | DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL | REDA FAMILIAR (2AL NÚMERO) | NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA | RESIDE FORA? | ÍNDICE |
|--------------------------|----------------------|--------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------|--------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR - ATENÇÃO BÁSICA

007.059.049 Frente



FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR: _____ DATA: / /

CONFERIDO POR: _____ FOLHA Nº: /

CNS DO PROFISSIONAL* _____ INE* _____

CBO* _____ CNES* _____

DATA* / /

| Nº | CBO* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CNES* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | INE* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| TURNO* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MICROÁREA* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE IMÓVEL* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº PRONTUÁRIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CNS do Cidadão | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <small>(para visita periódica ou visita domiciliar para controle veterinal, usar o CNS do responsável familiar)</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data de nascimento** | Dia/mês | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexo** (F) Feminino (M) Masculino | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Visita compartilhada com outro profissional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cadastramento/Atualização | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Visita periódica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consulta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exame | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vacina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Condiçionalidades do Bolsa Família | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gestante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Puérpera | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recém-nascido | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Criança | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pessoa com desnutrição | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Motivo da visita*

007.059.049 verso

040.920.F00

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

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

2 Agravado/doença: 1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA

3 Data da Notificação: _____

4 UF: _____ 5 Município de Notificação: _____

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): _____

7 Data dos Primeiros Sintomas: _____

Notificação Individual

8 Nome do Paciente: _____

9 Data de Nascimento: _____

10 (ou) Idade: 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano

11 Sexo: M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

12 Gestante: 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado

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

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

15 Número do Cartão SUS: _____

16 Nome da mãe: _____

Dados de Residência

17 UF: _____ 18 Município de Residência: _____

19 Distrito: _____

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

22 Número: _____ 23 Complemento (apto., casa, ...): _____

24 Geo campo 1: _____

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

27 CEP: _____

28 (DDD) Telefone: _____

29 Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

30 País (se residente fora do Brasil): _____

Dados clínicos e laboratoriais

Inv.

31 Data da Investigação: _____

32 Ocupação: _____

Dados clínicos

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

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

Mialgia Exantema Náuseas Conjuntivite Artralgia intensa Leucopenia Dor retroorbital

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

Diabetes Hepatopatias Hipertensão arterial Doenças auto-imunes

Doenças hematológicas Doença renal crônica Doença ácido-péptica

Dados laboratoriais

Sorologia (IgM) Chikungunya

35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1): _____

36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2): _____

Exame PRNT

37 Data da Coleta: _____

38 Resultado: S1 S2 PRNT

1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

Sorologia (IgM) Dengue

39 Data da Coleta: _____

40 Resultado: 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado

Exame NS1

41 Data da Coleta: _____

42 Resultado: 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado

43 Isolamento: _____

44 Resultado: 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado

45 RT-PCR: _____

46 Resultado: 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado

47 Sorotipo: 1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4- DENV 4

48 Histopatologia: 1- Compatível 2-Incompatível 3- Inconclusivo 4 - Não realizado

49 Imunohistoquímica: 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado

007.059.051 novo

SINAN

007.059.051 novo

| | | | | | |
|----------------|--|-----------------------|-------------------|--------------------------|---------------|
| Hospitalização | 50 Ocorreu Hospitalização? <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> Vômitos persistentes | <input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito | 69 Data de início dos sinais de alarme: |
| | <input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia | <input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia >= 2cm | |
| | <input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas | <input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade | <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos | |
| | <input type="checkbox"/> Sanguinamento de mucosa/outras hemorragias | | | |
| 70 Dengue grave 1-Sim 2- Não 9-Ignorado | Extravasamento grave de plasma: | | Sangramento grave: | |
| <input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável | <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Hematêmese | <input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa | |
| <input type="checkbox"/> PA convergente <= 20 mmHg | <input type="checkbox"/> Extremidades frias | <input type="checkbox"/> Melena | <input type="checkbox"/> Sangramento do SNC | |
| <input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar >= 2 segundos | <input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia | Comprometimento grave de órgãos: | | |
| <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória | | <input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000 | <input type="checkbox"/> Miocardite | <input type="checkbox"/> Alteração da consciência |
| 71 Data de início dos sinais de gravidade: | <input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar: | | | |

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!

Cód: 007-059.064
Cód: 007.059.008 Frente



CÂMARA
MUNICIPAL DE
ARAPUTANGA

APOIO:



GOVERNO DE
**MATO
GROSSO**



AL-MT
Assembleia
Legislativa

Dr. Leonardo
DEPUTADO ESTADUAL

wancley
SOLUÇÕES PARA EMPRESAS



INAUGURAÇÃO E ENTREGA DE AÇÕES E OBRAS

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

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

*Cont: 007.059.064
007.059.008
Vero*

LANÇAMENTOS 2018

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" F |
| Assinatura do convênio com o Programa "União Faz a Vida" em parceria com a Cooperativa de Crédito Sicredi Noroeste. F |
| Programa de Formação "Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa" – Educação Infantil e Ensino Fundamental F |
| Projeto Handebol Social – Arara Vermelha F |
| Entrega de 50 (cinquenta) Bolsas de Estudos a acadêmicos da Faculdade Católica Rainha da Paz - FCARP |
| Ampliação do Sistema de Abastecimento de Água – Reservatório |
| Entrega e instalação de 02 (Duas) Bombas de Captação de Agua |
| 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 |

| |
|--|
| Pavimentação da rua Osvaldo Alvares de Campos - Jardim Village |
| Pavimentação da rua Ana Araújo Moreira - Jardim Village |
| Pavimentação da avenida João Marques Luiz - Jardim Village |
| Reconstrução da rua Horácio A. de Carvalho - São Sebastião |
| Reconstrução da rua Ver. Manoel Fernandes - Centro |
| Reconstrução da rua Men de Sá - Centro |
| Reconstrução da rua Joaquim Nabuco - Centro |
| Reconstrução da rua Arthur Francisco Xavier - Centro |
| Reconstrução da rua Sebastião Fernandes de Oliveira - Centro/São Sebastião |
| Reconstrução da rua Benedito Sardinha - Centro |
| Reconstrução da rua Antenor Mamedes - Centro |
| Reconstrução da rua Limiro Rosa Pereira - Centro/São Sebastião |
| Reconstrução da avenida Marechal Rondon - Centro/São Sebastião |
| 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 |

| |
|--|
| Reconstrução da rua Padre Anchieta - São Sebastião - |
| Reconstrução da rua Amador Bueno - Jardim Primavera |
| Solicitação de 02 (duas) Patrulhas Mecanizadas |
| Ordem de Compra de Equipamentos para a agricultura Familiar: - 02 (duas) Retroescavadeira; - 02 (duas) Mini Carregadeira Modulável; - 01 (uma) Patrol – Motoniveladora; |
| Revitalização da Biblioteca Municipal F |
| Campanha "Doe Um Livro" F |
| Programa "Mais Alfabetização" F |
| Construção de 02 (duas) salas de aulas e 02 (dois) banheiros adaptados no C.E.I. "Pingo de Gente" F |
| Construção de 03 (três) salas de aulas e reforma do C.E.I. "Morada dos Pequenos" F |
| Implantação do Programa LTCAT F |
| Escola Conectada F |
| Projeto Ginastica Laboral - SEMEC e Escolas Municipais F |
| Confeção de Uniformes Escolares F |

SAIBA COMO SE PROTEGER CONTRA DENGUE.

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.



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



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



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



- Mantenha bem tampados tonéis e barris d'água.



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



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

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

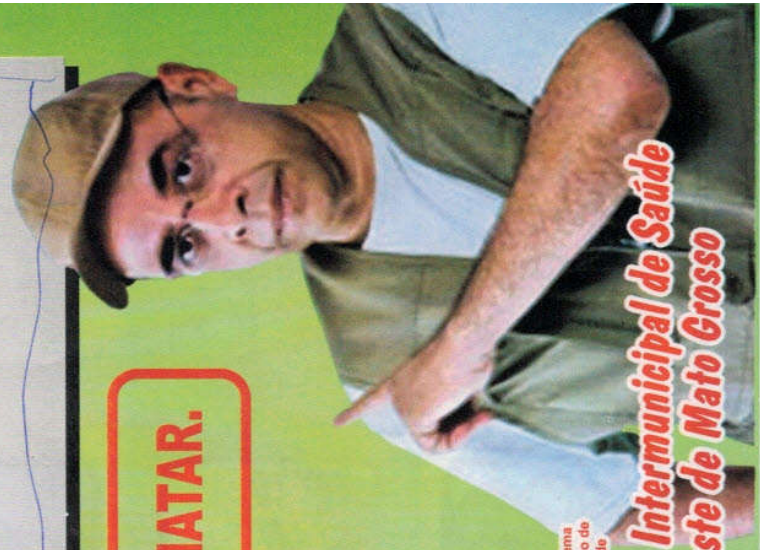
1. Não acumule materiais descartáveis desnecessários e sem uso. Se forem destinados à reciclagem, guarde-os sempre em local coberto e abrigados da chuva.
2. Trate adequadamente a piscina com cloro. Se ela não estiver em uso, esvazie-a completamente, não deixando poças d'água. Se tiver lagos, cascatas 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 de baixo das torneiras de bebedouros e filtros de água.

007.059.021
febre

COMBATENDO 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.



TODOS UNIDOS CONTRA DENGUE

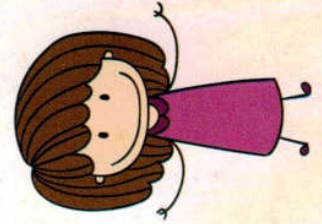
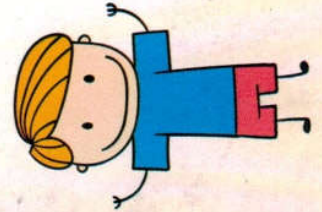
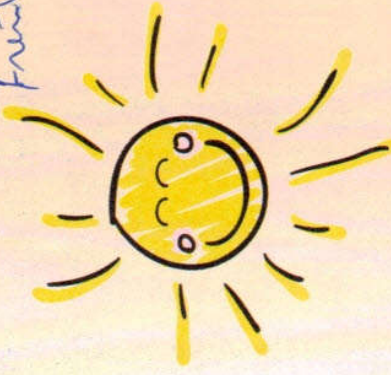
Faça você também sua parte,
ajude a irradiar este mal

SUS
Consórcio Intermunicipal de Saúde
do Oeste de Mato Grosso



FUNDO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Ced: 007.059.071
Frente



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

MAIORES INFORMAÇÕES:

CEDCA-MT

Conselho Estadual de Defesa dos
Direitos da Criança e do Adolescente

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

www.cedca.mt.gov.br



FIA-MT/DOAÇÕES

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

FUNDO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE QUE 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 a 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, diminuído 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

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

PASSO A PASSO PARA A DOAÇÃO

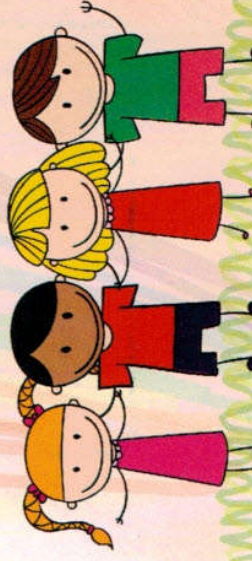
1º PASSO: Realizar o depósito do valor na conta do fundo ou efetuar transferência online.

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
Jacinto

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, mesma 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



PREFEITURA MUNICIPAL DE
ARAPUTANGA
Brilha para todos

Conselho Municipal de Direitos
da Criança e do Adolescente



REVISTA Atual MUNICÍPIOS

“Divulgando o potencial do seu município”

Ced: 007.059

Ano XVII - Nº 1
Maio/2015 - R\$ 10,

Araputanga 52 anos



Indiavaí

Ações voltadas para todos
É a prefeitura trabalhando por você.

Leia págs. 14

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

Cod: 007-059.155 Uno

TODOS OS SERVIÇOS DO SINE SÃO GRATUITOS

CONTATO

Empty rounded rectangular box for contact information.



CONTATO

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

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

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

REALIZAÇÃO



GOVERNO DE MATO GROSSO
ESTADO DE TRANSFORMAÇÃO

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**



SETAS
SECRETARIA DE
ESTADO DE TRABALHO E
ASSISTÊNCIA SOCIAL

GOVERNO DE
MATO GROSSO
ESTADO DE TRANSFORMAÇÃO

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;

07.059.155

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

QUAL O PAPEL DO SINE/MT?

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

COMO PARTICIPAR DO PROGRAMA?

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

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

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

COMO É REALIZADO O ATENDIMENTO?

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

| Final do NIS | DIA E MÊS DO PAGAMENTO | | | | | | | | | | | |
|--------------|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1 | 18/jan | 13/fev | 20/mar | 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 |

Piso distribuído em janeiro de 2017

Rec: 007.059.158

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

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

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



MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E AGRÁRIO

CAIXA

SAC CAIXA - 0800 726 0101
(Informações, reclamações, sugestões e elogios)
Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala
Ouvidoria - 0800 725 7474
0800 726 2492
www.caixa.gov.br

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

Outras informações e denúncias sobre o Bolsa Família.

Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário

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

CALENÁRIO DE PAGAMENTOS 2017



FINAL DO NIS

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

Cod: 007.059.156

SEMINÁRIO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DO CAMPO

Araputanga/MT

Realização: Secretaria Municipal de Educação e Cultura (SEMEC) / Assessoria Pedagógica (SEDUC) e Coordenadoria

Apoio: STTR, EMATER, IDARON, CMDRS, FAZE, CLAV, MST, CEFAPRO e UNEMAT

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



1º SEMINÁRIO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DO CAMPO

ARAPUTANGA - Assessoria Pedagógica e Cultura (SEMEC)

Objetivo: promover o processo de sucesso da agricultura familiar, com ênfase na educação do campo, para a sucessão da agricultura familiar, com a participação de produtores rurais, técnicos, pesquisadores e o compromisso pedagógico (SEDUC) e Coordenadoria

Realização: Secretaria Municipal de Educação e Cultura (SEMEC) / Assessoria Pedagógica (SEDUC) e Coordenadoria



APOIO



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

Cod: 007.020.122

COMISSÃO ORGANIZADORA

Coordenadora: FÁBIO...
Assessoria Pedagógica (SEDUC) e Secretaria Municipal de Educação e Cultura

16:00 - Encerramento e Coife Break
17:30 - Plenária para socialização e avaliação da organização do curso

18:30 - Organização de Grupos de Trabalho
19:00 - Apresentação de propostas de trabalho
19:30 - Apresentação de propostas de trabalho

20:30 - Informações do evento
21:40 - Apresentação cultural
22:00 - Apresentação cultural

23:00 - Apresentação cultural
23:30 - Apresentação cultural
24:00 - Apresentação cultural

24:30 - Apresentação cultural
25:00 - Apresentação cultural
25:30 - Apresentação cultural

26:00 - Apresentação cultural
26:30 - Apresentação cultural
27:00 - Apresentação cultural

ISEMINÁRIO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DO CAMPO

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

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

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

APRESENTAÇÃO

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

OBJETIVOS

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

da Agricultura Familiar no município de Araputanga-MT.

JUSTIFICATIVA

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

PROGRAMAÇÃO

DIA – 17/08 (Sexta-feira)

07:00 as 07:30 - Credenciamento e Café da Manhã;

07:30 – Abertura oficial – Composição da Mesa

08:00 - Mistica (música/poesia/dança)

Cod: 007.059.156 Verso

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. Lóriége 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. – Coopnoroste (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 Coopnoroste LACBON.

Cad: 007.059.050

Cadastro

Conhecer
para incluir

Único

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



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



Cod.: 007.059.013

Partes Interessadas:

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

ASSUNTO

Multiple horizontal lines for describing the subject matter.



Estado de Mato Grosso

Prefeitura Municipal de Araputanga

Rua Antenor Mamedes, nº 911

CEP 78.260-000

- Araputanga

Fone: (65) 3261-1736

- Mato Grosso

Céd.: 007.059.016



Estado de Mato Grosso

ced: 007.059.017

Prefeitura Municipal de Araputanga

Rua Antenor Mamedes, nº 911

Fone (65) 3261-1736

CEP 78.260-000

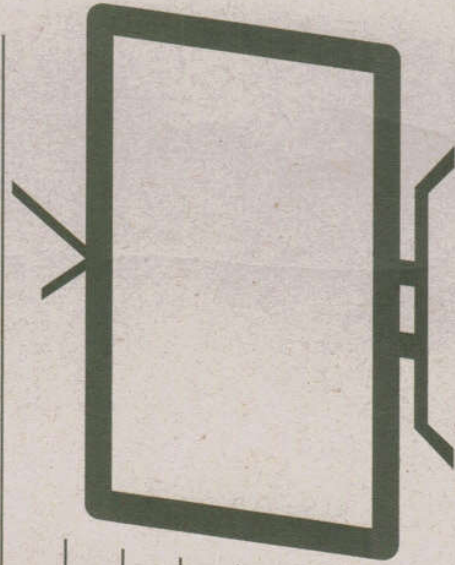
- Araputanga

- Mato Grosso

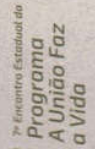
Cód: 007.059.074

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.





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.: 007.059.341

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Caderneta de Saúde da Criança Menino



PASSAPORTE DA CIDADANIA

11ª edição



Brasília - DF
2017



007.059.121



007.059.07:

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



Céd: 007.059.101

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



Cartão de Matrícula Familiar

NOME:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

Composição Familiar

| Nº | NOME | Nº | NOME |
|----|------|----|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



PREFEITURA MUNICIPAL DE

ARAPUTANGA
UMA CIDADE PARA TODOS

ADMINISTRAÇÃO: 2009 - 2012



007.059.07:

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





007.059.103

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA

CNPJ 15.023.914/0001-45

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA

Estado de Mato Grosso
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA

Secretaria Municipal de Educação e Cultura

NOME DO ESTABELECIMENTO _____

LOCAL _____

ALUNO _____

FILIAÇÃO PAI _____ PROF _____

MÃE _____ PROF _____

LOCAL DO NASCIMENTO _____

DATA DE NASCIMENTO _____ DE _____ ESTADO _____

Nº DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO _____



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

Escola _____

Ensino: () Infantil () Fundamental () Médio

Ciclo: _____ Ano: _____ Turma: _____

Turno: _____ Ano Letivo: _____

DIÁRIO DA TURMA

Professores: _____



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

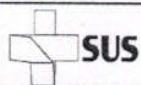
| LOCAL DOS ESFREGAÇOS | ANTES DO TRATAMENTO IB | 12º MÊS IB | ACOMPANHAMENTO | | |
|----------------------|---------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | | | 24º MÊS | 36º MÊS | 48º MÊS |
| | | | IB | IB | IB |
| 1ª Lesão | | | | | |
| 2ª 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 12º mês: _____ % Íntegros _____ % Granulosos _____ % Fragmentados
 BAAR no 24º mês: _____ % Íntegros _____ % Granulosos _____ % Fragmentados
 BAAR no 36º mês: _____ % Íntegros _____ % Granulosos _____ % Fragmentados
 BAAR no 48º mês: _____ % Íntegros _____ % Granulosos _____ % Fragmentados

Localização das lesões: _____

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



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE _____

4 - SEXO: Mas. Fem. 5 - Nº DO PRONTUÁRIO _____

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 - CÔD. 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 - CÔD. 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

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
- 02 Reunião com outras equipes de saúde
- 03 Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social

- 01 Questões administrativas/Funcionamento
- 02 Processos de trabalho
- 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)

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

Ata nº 101/2010

007.059.167 Verso

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

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 *Campo obrigatório
 **Campo obrigatório ao informar lista de participantes
 ***Campo com obrigatoriedade condicionada