

Unidade Requisitante:

[illegible]

Data: ____/____/____

Autorização para aquisição

Recebido em: ____/____/____

Assinatura

Nome: _____

Nº: _____

MATERIAL: Fezes

EXAME: Rotina

MÉTODO: Direto e após concentração (hoffman)

RESULTADO

METAZOÁRIOS

Ascaris lumbricóides.....:

Enterobius vermiculares.....:

Hymenolepis nana.....:

Ancilostomídeos.....:

Schistosoma mansoni.....:

Taenia sp.....:

Tricocephalus trichiuris.....:

Observações: _____

PROTOZOÁRIOS

Balantidium coli.....:

Entamoeba coli.....:

Entamoeba histolytica.....:

Entamoeba bustchili.....:

Giardia lamblia.....:

Observações: _____

Assinatura _____

Nome: _____

Nº: _____

MATERIAL: Urina
EXAME: Rotina

RESULTADO

CARACTERES GERAIS

Volume.....
Cor.....
Cheiro.....
Aspecto.....
Depósito.....
Reação.....
Densidade.....

ELEMENTOS ANORMAIS

Albumina.....
Pseudo-albumina.....
Glicose.....
Acetona.....
Hemoglobina.....
Sais Biliares.....
Urobilinogênio.....
Bilirrubina.....

SEDIMENTOSCOPIA

Piócitos.....
Epitélios.....
Hemátitas.....
Cilindros.....
Cristais.....
Muco.....
Flora.....

Observações: _____

Assinatura

Nome: _____ Nº: _____

MATERIAL: Sangue
EXAME : Hemograma

— RESULTADO —

— Série Vermelha —

Hemácias.....:	mm ³
	gr%
Hemoglobina (Ponderal):	%
	%
Hematócrito.....:	
Plaquetas.....:	mm ³
HEMOSEDIMENTAÇÃO { 30 minutos	mm ³
{ 60 minutos	mm ³

Observações:

— Série Branca —

Leucometria Total mm ³	Eosino %	Basófilos %	NEUTRÓFILOS %					Linfócitos %	Monócitos %
			Mielo	Jovem	Bastão	Segment	Total		

Observações:

Assinatura _____



Nome do Paciente: _____

Profissional Solicitante: _____

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE SANITÁRIA DE CAMPO FLORIDO - MG
ATESTADO DE SAÚDE

Atesto que _____, de cor _____, com _____ anos de idade, filho
de _____, foi por mim
residente à _____
examinado, para o fim especial de _____

tendo sido encontrado em condições de _____
_____, de _____ de 200 _____

_____ Médico

Atestado Médico

Centro de Saúde de Campo Florido

Nome do Paciente: _____

☐ Esteve em consulta no horário de _____ às _____ horas podendo retornar ao trabalho

☐ Deverá permanecer afastado de _____ a _____ de _____ de 20 _____

☐ Esteve afastado por motivo justificável de _____ / _____ / 20 _____
a _____ / _____ / 20 _____

CID _____

Campo Florido/MG, _____ / _____ / 20 _____

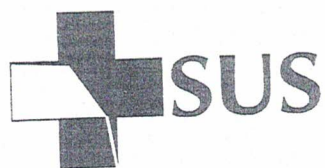
Atestado válido para finalidades previstas no ART. 86 do R.G.T.S.,
Aprovado pelo Dec. 60.501 de 14/03/67
Expedido para justificativa de 1 a 15 dias de Trabalho

Médico



**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FLORIDO - MG
REQUISIÇÃO/RESULTADO DE EXAMES**

① UNIDADE ASSISTENCIAL _____	
CENTRO DE SAÚDE DE CAMPO FLORIDO	
② NOME DO PACIENTE _____	③ PRONTUÁRIO _____
④ IDADE _____	⑤ SEXO _____ M ☐ F ☐
⑥ CLÍNICA _____	
⑦ DADOS CLÍNICOS _____	
⑧ MATERIAL A EXAMINAR _____	
⑨ EXAMES SOLICITADOS _____	
LOCAL E DATA _____ de _____ de _____	
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO _____	



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FLORIDO
CENTRO DE SAÚDE DE CAMPO FLORIDO - MG

PARA: _____

MEDICO

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: _____	
CRM: _____	UF: _____
Endereço: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident: _____	Órg Emissor: _____
Endereço: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico _____	
Data ____/____/____	

**SECRETARIA
MUNICIPAL DE
CAMPO FLORIDO**

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - MG
SUS
FICHA DE ATENDIMENTO
AMBULATORIAL**

01

Fls. 16

☐

Urgência

☐

Rotina

02 Unidade

Centro de Saúde

03 Cód. Unidade
(SIA-SUS)

2 1 8 1 4 0 1

04

Data: ____/____/____

Hora: _____

05

Ficha Nº

11

Faixa Etária

06 Nome:

09 Cep

3 8 1 3 0 — 0 0 0

07 Endereço:

08 Localidade: Campo Florido

10

DRS: Uberaba

50 51 52 53 54 55

60 61 62 63 64 65

66 67 68 69 70 71

72

12 Ass. Paciente/Responsável

INFORMAÇÕES DO ATENDIMENTO REALIZADO

13 Anamnese - Exame Clínico - Conduta (descrição sumária)

14 Diagnóstico
Principal:

16 Procedimento

15

CID

☐☐☐☐

17

Cód.
Procedimento
(SIA-SUA)

☐☐☐☐☐☐☐☐

18 Material, Medicamentos, Sadt utilizados no atendimento

19 Observação na Unidade (Justificar indicação e informar nº de horas)

IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

20 Assinatura e Carimbo

Nº Cons. Regional

Anotações do Serviço de Controle e Avaliação do SUS

21 Assinatura(s)

Data:

SECRETARIA MUNICIPAL DE CAMPO FLORIDO		SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - MG SUS FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL		01 ☐ Urgência ☐ Rotina	
02 Unidade Centro de Saúde	03 Cód. Unidade (SIA-SUS) 2 1 8 1 4 0 1	04 Data: ____/____/____ Hora: _____	05 Ficha Nº		
			11 Faixa Etária		
06 Nome:	09 Cep 3 8 1 3 0 — 0 0 0	50 51 52 53 54 55 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72			
07 Endereço:	10 DRS: Uberaba				
08 Localidade: Campo Florido					
12 Ass. Paciente/Responsável					
INFORMAÇÕES DO ATENDIMENTO REALIZADO					
Anamnese - Exame Clínico - Conduta (descrição sumária)					
14 Diagnóstico Principal:		15 CID ☐ ☐ ☐ ☐			
16 Procedimento		17 Cód. Procedimento (SIA-SUA) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐			
18 Material, Medicamentos, Sadt utilizados no atendimento					
19 Observação na Unidade (Justificar indicação e Informar nº de horas)					
IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL					
20 Assinatura e Carimbo				Nº Cons. Regional	
Anotações do Serviço de Controle e Avaliação do SUS					
21 Assinatura(s)				Data:	



№ 0375

AUTO / TERMO

COM BASE (INCISO - ARTIGO - LEI - PORTARIA - RESOLUÇÃO)

☐ AUTO DE _____	☐ TERMO DE _____
☐ PELO FATO DE _____	☐ ATRAVÉS DO QUAL FICAZ _____

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. On the left side, there is a small portion of a binder ring visible, indicating it's part of a notebook. The paper appears slightly aged or off-white. There is no handwriting or other markings on the page.

O INFRATOR ESTARÁ SUJEITO A PENA DE

E RESPONDERÁ PELO FATO EM PROCESSO ADMINISTRATIVO, TENDO 15 (QUINZE) DIAS PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO, APÓS O RECEBIMENTO DE SUA NOTIFICAÇÃO.

NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / RG / FUNÇÃO / ASSINATURA		
NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / RG / FUNÇÃO / ASSINATURA		
NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / RG / FUNÇÃO / ASSINATURA		
LOCAL E DATA	HORA	ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL

POR MOTIVO DE RECUSA / AUSÊNCIA DO AUTUADO, ASSINAM AS TESTEMUNHAS

1ª TESTEMUNHA - R.G. / ENDEREÇO	
2ª TESTEMUNHA - R.G. / ENDEREÇO	

• VIA PROCESSO / 2ª VIA - UNIDADE MISTA DE SAÚDE / 3ª VIA - ATUADO / 4ª VIA - LABORATÓRIO DE SANITÁRIA

Data da Atividade		Ciclo/Ano	Atividade	3-PE - Ponto Estratégico
			1-LI - Levantamento de Índice	2-LI+T - Levantamento de Índice + Tratamento
			4-T - Tratamento	5-DF - Delineiação de Foco
				6-PVE - Pesquisa Vetorial Especial

[illegible]

Assinatura do Agente	Assinatura do Supervisor	Tipo do Imóvel	R - Residencial C - Comercial	PE - Ponto Estratégico O - Outro	Pendência	R - Recusado F - Fechado
----------------------	--------------------------	----------------	----------------------------------	-------------------------------------	-----------	-----------------------------

Data da Atividade		Ciclo/Ano	Atividade
			1-LI - Levantamento de Índice 4-T - Tratamento
			2-LI+T - Levantamento de Índice + Tratamento 5-DF - Delimitação de Foco
			3-PE - Ponto Estratégico 6-PVE - Pesquisa Vetorial Especial

PESQUISA ENTOMOLÓGICA / TRATAMENTO

[illegible][illegible]

Assinatura do Aparente	Assinatura do Superador	Tipo do Local	R - Residencial C - Comercial	PE - Ponto Estratégico O - Outro	R - Recusado F - Fechado

U.F.: _____
 LOCALIDADE: _____
 AGENTE DE SAÚDE: _____
 DATA: ____/____/____
 MUNICÍPIO: _____
 Nº _____
 TURMA: _____
 SEMANA EPIDEMIOLÓGICA Nº ____

[illegible]

13

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE

SRS-URA

NEP-VA

DECIMÔ DO TRABALHO DE CAMPO

[illegible]

Ass. Agência de Saúde:

Data

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

C-13-12-2014 (CFB)

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE

SES-MG

SRS-URA

NEP-VA

						MUNICÍPIO			CÓDIGO E NOME DA LOCALIDADE			ZONA
						3					4	
2.												
5 - CATEG. LOCAL:	6 TIPO 1- SEDE 2- OUTROS	7 CICLO/ANO	8 DATA INICIAL	9 DATA FINAL	10 CONCLUÍDO? 1- SIM 2- NÃO	11 SEMANA EPIDEMIOLÓGICA						
		2- LI+LT- LEVANTAMENTO DE ÍNDICE + TRATAMENTO				3- PÊ- PONTO ESTRATÉGICO						
1- LI LEVANTAMENTO DE ÍNDICE		6- PVE- PESQUISA VETORIAL ESPECIAL										
12	4- TRATAMENTO		5- DF- DELIMITAÇÃO DE FOCO									

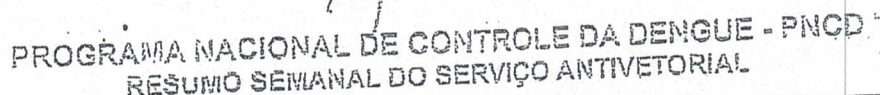
RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

[illegible]

Ass. Agente de Saúde:

Data

C-13-12-201A (CFB)



Município		03	Código e nome da localidade	04	Zona
2					

05	Categ. localid.	06	Tipo	07	Ciclo / Ano	08	Data inicial	09	Data final	10	Concluído?	11	Sem. Epidem.
			1-Sede 2-Outros		/		/ /		/ /		1-Sim 2-Não		/

Atividade	
2-LI - Levantamento de Índice	3-PE - Ponto Estratégico
4-T - Tratamento	6-PVE - Pesquisa Veterinária Especial
2-LI+T - Levantamento de Índice + Tratamento	
5-DF - Delimitação de Foco	

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO													
3	Número de imóveis trabalhados por tipo.						Número de imóveis			23	Pendências		
	14	15	16	17	18	19	20	21	22		24	25	26
Total de vanteiros concluídos	Resi- dencial	Co- mercial	Terre- no Baldo	Ponto Estratégico	Outros	Total	Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspe- cionado	Amostras Coletadas	Recusa	Fechados	Recu- perados
											35		

35	Depósito Eliminado
----	-----------------------

[illegible]

Depósitos Tratados								
Larvícida (1)				Larvícida (2)				
	37	Quant. (Gramas)	38	Quant. depós. tratados	39	Tipo	40	Quant. depós. tratados
3	Tipo							

Adulticida	
42	43
Tipo	Quant. (Cargas)

44	Total de agentes na semana

45	Total de dias trabalhados na semana

RESUMO DO LABORATÓRIO

Número de depósitos com espécies por tipo								
	46 A1	47 A2	48 B	49 C	50 D1	51 D2	52 E	53 Total
om Aedes Aegypti.								
om Aedes Albopictus								

om Aedes Albopictus

om Aedes Albopictus

- Calxa d'água (elevado)
- Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)

B - Pequenos depósitos móveis
C - Depósitos Fixos

D1 - Pneus e outros materiais rodantes
D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas),

D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas), sucatas, entulhos

E - Depósitos Naturais

Número de imóveis com espécimes por tipo

Número de Imóveis com espécimes por tipo						
54	55	56	57	58	59	
Residencial	Comercial	Terreno Baldio	Ponto Estratégico	Outros	Total	
Aedes Aegypti						
Aedes Albopictus						
Outros						

número de exemplares

Número de exemplares			
60	61	62	63
Larvas	Pupas	Exuvia de Pupa	Adultos

Número e sequência de quarteirões
com Aedes Aegypti

65	Número e sequência de quarteirões com Aedes Albopictus
----	---

66. Número e sequência de quarteirões com Aedes Aegypti e Aedes Albopictus.

[illegible][illegible][illegible]

68	Data do Visto
----	---------------

Visto do Supervisor

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

01 Controle Digitação

02 Município 03 Código e nome da localidade 04 Zona

05 Categ. localid. 06 Tipo 07 Ciclo / Ano 08 Data inicial 09 Data final 10 Concluído? 11 Sem. Epidem.

1-Sede 2-Outros

Atividade

4-LI - Levantamento de Índice 2-LI-T - Levantamento de Índice + Tratamento 3-PE - Ponto Estratégico

4-T - Tratamento 5-DF - Delimitação de Foco 6-PVE - Pesquisa Vetorial Especial

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

3 Total de quarteirões concluídos

Número de imóveis trabalhados por tipo:

14 Residencial 15 Comercial 16 Terreno baldio 17 Ponto Estratégico 18 Outros 19 Total

20 Trat. Focal 21 Trat. Perifocal 22 Inspeccionado

23 Amostras Coletadas

Pendências

24 Recusa 25 Fechados 26 Recuperados

Número de depósitos inspecionados por tipo

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

35 Depósito Eliminado

Depósitos Tratados

Larvicida (1)

37 Tipo 38 Quant. (Gramas) 39 Quant. depósitos tratados

Larvicida (2)

39 Tipo 40 Quant. (Gramas) 41 Quant. depósitos tratados

Adulterada

42 Tipo 43 Quant. (Cargas)

44 Total de agentes na semana

45 Total de dias trabalhados na semana

RESUMO DO LABORATÓRIO

Número de depósitos com espécies por tipo

46 A1 47 A2 48 B 49 C 50 D1 51 D2 52 E 53 Total

com Aedes Aegypti

com Aedes Albopictus

B - Pequenos depósitos-móveis D1 - Pneus e outros materiais rodantes

C - Depósitos Fixos D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas), sucatas, entulhos

E - Depósitos Naturais

Número de imóveis com espécimes por tipo

54 Residencial 55 Comercial 56 Terreno baldio 57 Ponto Estratégico 58 Outros 59 Total

com Aedes Aegypti

com Aedes Albopictus

Outros

Número e sequência de quarteirões com Aedes Aegypti

65 Número e sequência de quarteirões com Aedes Albopictus

66 Número e sequência de quarteirões com Aedes Aegypti e Aedes Albopictus

60 Larvas 61 Pupas 62 Exúvia de Pupa 63 Adultos

Visto do Supervisor

62 Data do Visto



MINISTÉRIO DA SAÚDE/S.U.S.
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA E DENGUE



ITINERÁRIO SEMANAL DE TRABALHO - GUARDA E GUARDA CHEFE

COORDENAÇÃO REGIONAL: _____ DISTRITO SANITÁRIO: _____
MUNICÍPIO: _____ LOCALIDADE: _____
NOME DO AGENTE DE SAÚDE: _____ ZONA: _____
SEMANA Nº: _____ MÊS: _____ ANO: _____ TURMA: _____

SEM.	DATA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº QUART. OU NOME DAS RUAS

SEM.	DATA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº QUART. OU NOME DAS RUAS

SEM.	DATA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº QUART. OU NOME DAS RUAS

SEM.	DATA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº QUART. OU NOME DAS RUAS

SEM.	DATA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº QUART. OU NOME DAS RUAS

SEM.	DATA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº QUART. OU NOME DAS RUAS



MINISTÉRIO DA SAÚDE/S.U.S.
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA E DENGUE



Fis. 20
Fls. 23

ITINERÁRIO SEMANAL DE TRABALHO - GUARDA E GUARDA CHEFE

COORDENAÇÃO REGIONAL: _____ DISTRITO SANITÁRIO: _____
MUNICÍPIO: _____ LOCALIDADE: _____
NOME DO AGENTE DE SAÚDE: _____ ZONA: _____
SEMANA Nº: _____ MÊS: _____ ANO: _____ TURMA: _____

SEM.	DATA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº QUART. OU NOME DAS RUAS

SEM.	DATA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº QUART. OU NOME DAS RUAS

SEM.	DATA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº QUART. OU NOME DAS RUAS

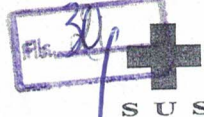
SEM.	DATA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº QUART. OU NOME DAS RUAS

SEM.	DATA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº QUART. OU NOME DAS RUAS

SEM.	DATA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº QUART. OU NOME DAS RUAS



M.S./S.U.S - FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS
DIÁRIO DE ATIVIDADES



A 1- Localização da Unidade Domiciliar					Data da Atividade ____/____/____		
Código do Município		Nome do Município			Atividade ☐ 1-Pesquisa ☐ 5-Atend. Notific. ☐ 2-Borrifação ☐ 3-Visita ao PIT S/ Notificação ☐ 4-Visita ao PIT C/ Notificação		
Código da Localidade		Nome da Localidade					
Nº da Casa	Complemento	Pendência de Pesquisa ☐ 1- Recusa ☐ 2- Casa Fechada		Pendência de Borrifação ☐ 1- Recusa ☐ 2- Casa Fechada			
Nome do Morador				Nº de Habit.	Nº de Anexos		
2- Dados da Pesquisa e Borrifação							
☐ 1-Alvenaria C/Reb. ☐ 2-Alvenaria S/Reb. ☐ 3- Barro C/Reb. ☐ 4- Barro S/Reb. ☐ 5-Madeira ☐ 6-Outros				Tipo de Parede			
☐ 1-Telha ☐ 2-Palha ☐ 3-Madeira ☐ 4-Metálico ☐ 5-Outros				Tipo de Teto			
				Situação das Casas ☐ 1-Nova ☐ 2-Demolida			
Intradomicílio				Peridomicílio			
Captura	Vestígios	Local de Captura	Utilizando	Captura	Vestígios	Local de Captura	
☐ Triatomíneo ☐ Outros	☐ Ovos ☐ Outros	☐ Sala ☐ Cozinha ☐ Quarto ☐ Outros	☐ Bio-Sensor	☐ Triatomíneo ☐ Outros	☐ Ovos ☐ Outros	☐ Galinheiro ☐ Paiol ☐ Chiqueiro ☐ Outros	
Tipo de Desalojante		Nº de Cargas	Tipo de Inseticida		Nº de Cargas		
Nº do PIT	Nº Notif. P/PIT	Matric. Ag. Saúde	Assinatura do Agente de Saúde				
Data do Visto	Visto do Chefe da Equipe			ETIQUETA			
B 1- Localização da Unidade Domiciliar							
Código do Município		Nome do Município			Atividade ☐ 1-Pesquisa ☐ 5-Atend. Notific. ☐ 2-Borrifação ☐ 3-Visita ao PIT S/ Notificação ☐ 4-Visita ao PIT C/ Notificação		
Código da Localidade		Nome da Localidade					
Nº da Casa	Complemento	Pendência de Pesquisa ☐ 1- Recusa ☐ 2- Casa Fechada		Pendência de Borrifação ☐ 1- Recusa ☐ 2- Casa Fechada			
Nome do Morador				Nº de Habit.	Nº de Anexos		
2- Dados da Pesquisa e Borrifação							
☐ 1-Alvenaria C/Reb. ☐ 2-Alvenaria S/Reb. ☐ 3- Barro C/Reb. ☐ 4- Barro S/Reb. ☐ 5-Madeira ☐ 6-Outros				Tipo de Parede			
☐ 1-Telha ☐ 2-Palha ☐ 3-Madeira ☐ 4-Metálico ☐ 5-Outros				Tipo de Teto			
				Situação das Casas ☐ 1-Nova ☐ 2-Demolida			
Intradomicílio				Peridomicílio			
Captura	Vestígios	Local de Captura	Utilizando	Captura	Vestígios	Local de Captura	
☐ Triatomíneo ☐ Outros	☐ Ovos ☐ Outros	☐ Sala ☐ Cozinha ☐ Quarto ☐ Outros	☐ Bio-Sensor	☐ Triatomíneo ☐ Outros	☐ Ovos ☐ Outros	☐ Galinheiro ☐ Paiol ☐ Chiqueiro ☐ Outros	
Tipo de Desalojante		Nº de Cargas	Tipo de Inseticida		Nº de Cargas		
Nº do PIT	Nº Notif. P/PIT	Matric. Ag. Saúde	Assinatura do Agente de Saúde				
Data do Visto	Visto do Chefe da Equipe			ETIQUETA			



M.S./S.U.S - FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS
DIÁRIO DE ATIVIDADES



A 1- Localização da Unidade Domiciliar					Data da Atividade ____ / ____ / ____		
Código do Município		Nome do Município			Atividade		
Código da Localidade		Nome da Localidade			☐ 1-Pesquisa ☐ 5-Atend. Notific.		
					☐ 2-Borrifação		
					☐ 3-Visita ao PIT S/ Notificação		
					☐ 4-Visita ao PIT C/ Notificação		
Nº da Casa	Complemento	Pendência de Pesquisa		Pendência de Borrifação			
		☐ 1- Recusa ☐ 2- Casa Fechada		☐ 1- Recusa ☐ 2- Casa Fechada			
Nome do Morador				Nº de Habit.	Nº de Anexos		
2- Dados da Pesquisa e Borrifação							
				Tipo de Parede			
				☐ 1-Alvenaria C/Reb. ☐ 2-Alvenaria S/Reb. ☐ 3- Barro C/Reb. ☐ 4- Barro S/Reb. ☐ 5-Madeira ☐ 6-Outros			
				Tipo de Teto			
				☐ 1-Telha ☐ 2-Palha ☐ 3-Madeira ☐ 4-Metálico ☐ 5-Outros			
				Situação das Casas			
				☐ 1-Nova ☐ 2-Demolida			
Intradomicílio				Peridomicílio			
Captura	Vestígios	Local de Captura		Utilizando	Captura	Vestígios	Local de Captura
☐ Triatomíneo	☐ Ovos	☐ Sala	☐ Cozinha	☐	☐ Triatomíneo	☐ Ovos	☐ Galinheiro ☐ Paiol
☐ Outros	☐ Outros	☐ Quarto	☐ Outros	Bio-Sensor	☐ Outros	☐ Outros	☐ Chiqueiro ☐ Outros
Tipo de Desalojante		Nº de Cargas		Tipo de Inseticida		Nº de Cargas	
Nº do PIT	Nº Notif. P/PIT	Matric. Ag. Saúde		Assinatura do Agente de Saúde			
Data do Visto	Visto do Chefe da Equipe			ETIQUETA			
B 1- Localização da Unidade Domiciliar					Data da Atividade ____ / ____ / ____		
Código do Município		Nome do Município			Atividade		
Código da Localidade		Nome da Localidade			☐ 1-Pesquisa ☐ 5-Atend. Notific.		
					☐ 2-Borrifação		
					☐ 3-Visita ao PIT S/ Notificação		
					☐ 4-Visita ao PIT C/ Notificação		
Nº da Casa	Complemento	Pendência de Pesquisa		Pendência de Borrifação			
		☐ 1- Recusa ☐ 2- Casa Fechada		☐ 1- Recusa ☐ 2- Casa Fechada			
Nome do Morador				Nº de Habit.	Nº de Anexos		
2- Dados da Pesquisa e Borrifação							
				Tipo de Parede			
				☐ 1-Alvenaria C/Reb. ☐ 2-Alvenaria S/Reb. ☐ 3- Barro C/Reb. ☐ 4- Barro S/Reb. ☐ 5-Madeira ☐ 6-Outros			
				Tipo de Teto			
				☐ 1-Telha ☐ 2-Palha ☐ 3-Madeira ☐ 4-Metálico ☐ 5-Outros			
				Situação das Casas			
				☐ 1-Nova ☐ 2-Demolida			
Intradomicílio				Peridomicílio			
Captura	Vestígios	Local de Captura		Utilizando	Captura	Vestígios	Local de Captura
☐ Triatomíneo	☐ Ovos	☐ Sala	☐ Cozinha	☐	☐ Triatomíneo	☐ Ovos	☐ Galinheiro ☐ Paiol
☐ Outros	☐ Outros	☐ Quarto	☐ Outros	Bio-Sensor	☐ Outros	☐ Outros	☐ Chiqueiro ☐ Outros
Tipo de Desalojante		Nº de Cargas		Tipo de Inseticida		Nº de Cargas	
Nº do PIT	Nº Notif. P/PIT	Matric. Ag. Saúde		Assinatura do Agente de Saúde			
Data do Visto	Visto do Chefe da Equipe			ETIQUETA			



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
FICHA DE VISITA DOMICILIAR

[illegible]

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
FICHA DE VISITA DOMICILIAR

[illegible]

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
FICHA DE VISITA DOMICILIAR**

[illegible]

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
FICHA DE VISITA DOMICILIAR

[illegible]

[illegible]

Ministério da Saúde/SAS/DAB/CGPAN
SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL



Estabelecimento de Saúde

Nº CNES*

Nome ou Matrícula do Profissional de Saúde

Ficha: ☐ Inclusão ☐ Alteração

DADOS CADASTRAIS

Cadastro de domicílio

Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento)*

Bairro* CEP DDD Telefone

Nº CNES do domicílio* Estabelecimento de Saúde

Cadastro do indivíduo

Nome completo (sem abreviaturas)* Data de Nascimento* Data do Cadastramento

Nome completo da mãe (sem Abreviaturas)* Nome completo do pai

Sexo* Raça / Cor Escolaridade*(1) Nacionalidade Pais de Origem

Data de naturalização UF Nascimento Município Nascimento Situação familiar(2)

Documentação do indivíduo

NIS (Nº Identificação Social) NCNS (Nº Cartão Nac. Saúde) NPCNS (Nº Provisório Cartão Nasc. Saúde) Outro código identificador:

O registro de pelo menos um documento oficial é obrigatório* (consulte lista dos documentos oficiais no verso):

Tipo(3) Dados do documento*

Tipo(3) Dados do documento

Programas Vinculados: ☐ Programa Bolsa Família

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL**

Data do acompanhamento* / /

Criança (<10 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em cm)*:	Estado nutricional:		Tipo de alimentação ⁽⁴⁾ ***	Peso ao nascer (em gramas):
			Peso por idade:	Altura por idade:		
Adolescente (≥ 10 e < 20 anos)	Peso (em kg)*:		Altura (em m)*:	Estado nutricional:		
				IMC por idade:	Altura por idade:	
Adulto (≥ 20 e < 60 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	Estado nutricional:	Circunferência da cintura (em cm)		Risco aumento: ☐ Sim ☐ Não
Idoso (≥ 60 anos)	Peso (em kg)*:		Altura (em m)*:	Estado nutricional:		
Gestante	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	Estado nutricional:	Peso pré-gestacional (em kg):	Data da última menstruação:* / /	

Doenças*:	Deficiências e/ou intercorrências*:	Tipo de Acompanhamento*:	
☐ Anemia falciforme ☐ Diabetes mellitus ☐ Doenças cardiovasculares ☐ Hipertensão Arterial Sistêmica ☐ Osteoporose ☐ Outras doenças ☐ Sem doenças	☐ Anemia ferropriva ☐ DDI (Distúrbio por Deficiência de lodo) ☐ Diarréia ☐ Infecções intestinais virais ☐ IRA (Infecção Respiratória Aguda) ☐ Hipovitaminose A ☐ Outras deficiências e/ou intercorrências ☐ Sem deficiências e/ou intercorrências	☐ Atendimento na Atenção Básica ☐ Chamada Nutricional ☐ Saúde na Escola ☐ ☐	

* Campos de preenchimento obrigatório (fundo cinza).

** Para maiores informações sobre o registro do acompanhamento nutricional, consulte os materiais técnicos do SISVAN.

*** Campo obrigatório apenas para crianças menores de 2 anos.

Ministério da Saúde/SAS/DAB/CGPAN
SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL



Fls. 33

Estabelecimento de Saúde

Nº CNES*

Nome ou Matrícula do Profissional de Saúde

Ficha: ☐ Inclusão ☐ Alteração

DADOS CADASTRAIS

Cadastro de domicílio

Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento)*

Bairro* CEP DDD Telefone

Nº CNES do domicílio* Estabelecimento de Saúde

Cadastro do indivíduo

Nome completo (sem abreviaturas)* Data de Nascimento* Data do Cadastramento

Nome completo da mãe (sem Abreviaturas)* Nome completo do pai

Sexo* Raça / Cor Escolaridade*(1) Nacionalidade Pais de Origem
☐ 1. Masculino ☐ 1. Branca ☐ 2. Negra ☐ 3. Amarela ☐ 4. Parda ☐ 5. Indígena
☐ 2. Feminino ☐ Brasileira ☐ Estrangeira

Data de naturalização UF Nascimento Município Nascimento Situação familiar (2)

Documentação do indivíduo

NIS (Nº Identificação Social) NCNS (Nº Cartão Nac. Saúde) NPCNS (Nº Provisório Cartão Nasc. Saúde) Outro código identificador:

O registro de pelo menos um documento oficial é obrigatório* (consulte lista dos documentos oficiais no verso):

Tipo (3) Dados do documento*

Tipo (3) Dados do documento

Programas Vinculados: ☐ Programa Bolsa Família
☐ ☐

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL**

Data do acompanhamento* / /

Criança (<10 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em cm)*:	Estado nutricional:		Tipo de alimentação ⁽⁴⁾ ***	Peso ao nascer (em gramas):
			Peso por idade:	Altura por idade:		
Adolescente (≥ 10 e <20 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	Estado nutricional:			
			IMC por idade:		Altura por idade:	
Adulto (≥ 20 e < 60 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	Estado nutricional:	Circunferência da cintura (em cm)		Risco aumento: ☐ Sim ☐ Não
Idoso (≥ 60 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	Estado nutricional:	Estado nutricional:		
Gestante	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	Estado nutricional:	Peso pré-gestacional (em kg):	Data da última menstruação:*	
					/ /	

Doenças*:

Deficiências e/ou intercorrências*:

Tipo de Acompanhamento*:

☐ Anemia falciforme
☐ Diabetes mellitus
☐ Doenças cardiovasculares
☐ Hipertensão Arterial Sistêmica
☐ Osteoporose
☐ Outras doenças
☐ Sem doenças

☐ Anemia ferropriva
☐ DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo)
☐ Diarréia
☐ Infecções intestinais virais
☐ IRA (Infecção Respiratória Aguda)
☐ Hipovitaminose A
☐ Outras deficiências e/ou intercorrências
☐ Sem deficiências e/ou intercorrências

☐ Atendimento na Atenção Básica
☐ Chamada Nutricional
☐ Saúde na Escola
☐ ☐

* Campos de preenchimento obrigatório (fundo cinza).

** Para maiores informações sobre o registro do acompanhamento nutricional, consulte os materiais técnicos do SISVAN.

*** Campo obrigatório apenas para crianças menores de 2 anos.



CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL

Cód. CNES UNIDADE

Cód. EQUIPE (INE)

MICROÁREA

DATA:

Legenda: ☐ Opção de Múltipla Escolha ☐ Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO

Nº DO CARTÃO SUS

RESPONSÁVEL FAMILIAR

É o responsável?

Nº DO CARTÃO SUS

DATA DE NASCIMENTO:

☐ Sim ☐ Não

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO: / /

APELLIDO / NOME SOCIAL:

SEXO: ☐ Masculino ☐ FemininoRAÇA / COR: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

Nº NIS (PIS/PASEP):

NOME COMPLETO DA MÃE:

NACIONALIDADE: ☐ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro

PAÍS DE NASCIMENTO:

TELEFONE CELULAR: ()

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:

E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

SITUAÇÃO CONJUGAL

☐ Solteiro (a) ☐ Casado (a) / Convívio com Parceiro ☐ Divorciado(a) / Separado (a) ☐ Viúvo(a) ☐ OutraFREQUENTA ESCOLA? ☐ Sim ☐ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

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

OCUPAÇÃO

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☐ OutroCRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sozinha ☐ Creche ☐ OutroFREQUENTA CURANDEIRO(A) / BENZEDEIRA(O)? ☐ Sim ☐ NãoPARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ☐ Sim ☐ NãoPOSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ☐ Sim ☐ NãoÉ MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

☐ Heterossexual☐ Lésbica☐ Travesti☐ Outro☐ Gay☐ Bissexual☐ Transsexual

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

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

SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?

☐ Sim ☐ Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

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

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?

☐ Sim ☐ Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?

☐ Sim ☐ Não

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?



CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA: 4/1/2016

CONFEERIDO POR:

FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL

Cód. CNES UNIDADE

Cód. EQUIPE (INE)

MICROÁREA

DATA: / /

Legenda: ☐ Opção de Múltipla Escolha ☐ Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO

Nº DO CARTÃO SUS

RESPONSÁVEL FAMILIAR

É o responsável? Nº DO CARTÃO SUS

DATA DE NASCIMENTO: / /

☐ Sim ☐ Não

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO: / /

APELIDO / NOME SOCIAL:

SEXO: ☐ Masculino ☐ FemininoRAÇA / COR: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

Nº NIS (PIS/PASEP):

NOME COMPLETO DA MÃE:

NACIONALIDADE: ☐ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro

PAÍS DE NASCIMENTO:

TELEFONE CELULAR: ()

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:

E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

SITUAÇÃO CONJUGAL

☐ Solteiro (a) ☐ Casado (a) / Convívio com Parceiro ☐ Divorciado(a) / Separado (a) ☐ Viúvo(a) ☐ OutraFREQUENTA ESCOLA? ☐ Sim ☐ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

- ☐ Creche
- ☐ Pré-escola (exceto CA)
- ☐ Classe Alfabetizada - CA
- ☐ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
- ☐ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
- ☐ Ensino Fundamental Completo
- ☐ Ensino Fundamental Especial
- ☐ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)

- ☐ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)
- ☐ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)
- ☐ Ensino Médio Especial
- ☐ Ensino Médio EJA (Supletivo)
- ☐ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
- ☐ Alfabetização para Adultos (Mobral, etc)
- ☐ Nenhum

OCUPAÇÃO

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
- ☐ Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sozinha ☐ Creche ☐ OutroFREQUENTA CURANDEIRO(A) / BENZEDEIRA(O)? ☐ Sim ☐ NãoPARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ☐ Sim ☐ NãoPOSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ☐ Sim ☐ NãoÉ MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

- ☐ Heterossexual ☐ Lésbica ☐ Travesti ☐ Outro
- ☐ Gay ☐ Bissexual ☐ Transsexual

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

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

SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?

☐ Sim ☐ Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

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

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?

☐ Sim ☐ Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?

☐ Sim ☐ Não

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?

e-SUS
Atenção Básica

DATA: / /

FOLHA Nº:

DIGITADO POR:

CONFERIDO POR:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL *	CBO*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	DATA: * / /

[illegible]



CADASTRO DOMICILIAR

DIGITADO POR:

DATA:

Fls. 11

CONFERIDO:

FOLHA:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL

Cód. CNES UNIDADE

Cód. CNES EQUIPE

MICROÁREA

DATA:

Legenda: ☐ Opção de Múltipla Escolha ☐ Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA

NOME DO LOGRADOURO:

Nº:

TIPO DE LOGRADOURO:

BAIRRO:

COMPLEMENTO:

UF:

CEP:

MUNICÍPIO:

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____ portador 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 no não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

TELEFONES PARA CONTATO

TELEFONE DE REFERÊNCIA: ()

TELEFONE RESIDENCIAL: ()

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA

☐ Próprio ☐ Financiado ☐ Alugado ☐ Arrendado ☐ Cedido ☐ Ocupação ☐ Situação de Rua ☐ Outra

LOCALIZAÇÃO

☐ Urbana ☐ Rural

TIPO DE DOMICÍLIO

☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Cômodo ☐ Outro

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

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

Nº de Moradores:

Nº de Cômodos:

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO

☐ Asfalto ☐ Chão Batido ☐ Fluvial ☐ Outro

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO

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

Disponibilidade de Energia Elétrica? ☐ Sim ☐ Não

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

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

TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO

☐ Filtração ☐ Fervura ☐ Cloração ☐ Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO

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

DESTINO DO LIXO

☐ Coletado ☐ Queimado/ Enterrado ☐ Céu Aberto ☐ Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?

☐ Sim ☐ Não

QUAL(IS)?

☐ Gato☐ Cachorro☐ Pássaro☐ De Criação (porco, galinha...)☐ Outros

Quantos: _____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]
		/ /	¼ ½ 1 2 4 +		
		/ /	¼ ½ 1 2 4 +		
		/ /	¼ ½ 1 2 4 +		
		/ /	¼ ½ 1 2 4 +		



CADASTRO DOMICILIAR

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO:

FOLHA:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL

Cód. CNES UNIDADE

Cód. CNES EQUIPE

MICROÁREA

DATA:

Legenda: ☐ Opção de Múltipla Escolha ☐ Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA

TIPO DE LOGRADOURO:

NOME DO LOGRADOURO:

Nº:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____ portador 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 no não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

TELEFONES PARA CONTATO

TELEFONE RESIDENCIAL: ()

TELEFONE DE REFERÊNCIA: ()

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA

☐ Próprio ☐ Financiada ☐ Alugada ☐ Arrendado ☐ Cedido ☐ Ocupação ☐ Situação de Rua ☐ Outra

LOCALIZAÇÃO

☐ Urbana ☐ Rural

TIPO DE DOMICÍLIO

☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Cômodo ☐ Outro

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

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

Nº de Moradores:

Nº de Cômodos:

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO

☐ Asfalto ☐ Chão Batido ☐ Fluvial ☐ Outro

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO

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

Disponibilidade de Energia Elétrica? ☐ Sim ☐ Não

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

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

TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO

☐ Filtração ☐ Fervura ☐ Cloração ☐ Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO

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

DESTINO DO LIXO

☐ Coletado ☐ Queimado/ Enterrado ☐ Céu Aberto ☐ Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?

☐ Sim ☐ Não

QUAL(IS)?

☐ Gato ☐ Cachorro ☐ Pássaro ☐ De Criação (porco, galinha...) ☐ Outros

Quantos: _____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]
		/ /	½ ¼ 1 2 4 +		
		/ /	½ ¼ 1 2 4 +		
		/ /	½ ¼ 1 2 4 +		
		/ /	½ ¼ 1 2 4 +		



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FLORIDO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA ALFREDO DE PAULA, 65 - SÃO BENEDITO- CAMPO FLORIDO - MINAS GERAIS
FONE/FAX: (34) 3322-0217 / E-MAIL: saude@campoflorido.mg.gov.br



RELATÓRIO DE VISITA

Visitado: _____

Data: ____/____/____ Horário: ____:____ às ____:____

Endereço: _____ Telefone: _____

Objetivo da Visita

Assinatura Agente

Assinatura Visitado

Objetivo da Visita

Assinatura Agente

Assinatura Visitado

Objetivo da Visita

Assinatura Agente

Assinatura Visitado

Objetivo da Visita

Assinatura Agente

Assinatura Visitado



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FLORIDO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA ALFREDO DE PAULA, 65 - SÃO BENEDITO- CAMPO FLORIDO - MINAS GERAIS
FONE/FAX: (34) 3322-0217 / E-MAIL: saude@campoflorido.mg.gov.br



RELATÓRIO DE VISITA

Visitado: _____

Data: ____/____/____ Horário: ____:____ às ____:____

Endereço: _____ Telefone: _____

Objetivo da Visita

Assinatura Agente

Assinatura Visitado

Objetivo da Visita

Assinatura Agente

Assinatura Visitado

Objetivo da Visita

Assinatura Agente

Assinatura Visitado

Objetivo da Visita

Assinatura Agente

Assinatura Visitado

DIGITADO POR:

DATA

Fls.

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

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

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

Aleitamento Materno: 01 - Exclusivo 02 - Predominante 03 - Complementado 04 - Inexistente

[illegible][illegible]



DATA:

FOLHA Nº:

DATA:

M	T	N
---	---	---

CSO

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola 06 - Centro Comunitário 07 - Outros	01	02	03	04	05	06	07
Alimentação Materna: 01 - Exclusivo 02 - Predominante 03 - Complementado 04 - Inexistente	01	02	03	04			
Atenção Domiciliar: 01 - AD1: Atendidos pela ESF e NASF 02 - AD2: Atendimento compartilhado EMAD/EMAP 03 - AD3: Atendimento compartilhado EMAD/EMAP	01	02	03	04	05	06	07

[illegible]

[illegible][illegible]

Dupla Adulto (Difteria/Tétano)	Influenza (Gripe)
Data <u>30/05/08</u> Vacina <u>72-08</u> Unid. <u>2</u> Rub. <u>2</u>	<i>[Handwritten signature]</i> 18

[illegible]

Dados de Confirmação/Controle de Medicamentos

[illegible][illegible]

Datas e Horários de Atendimento

REUNIÕES DE BAIRRO				
SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ				
TARDE				

[illegible]

Datas e Horários de Atendimento

Datas e Horarios de Atendimento					REUNIÕES DE BAIRRO
	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ					
TARDE					
					DATA:
					HORÁRIO:

SUS - ATENDIMENTO ÚNICO DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FLORIDO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E BEM ESTAR SOCIAL

[illegible]

SUS - ATENDIMENTO ÚNICO DE SAÚDE

10

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FLORIDO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E BEM ESTAR SOCIAL

[illegible]

FILE



Profissional: _____ Data: ____/____/____

Nome: _____ Sexo: () M () F Data de Nascimento ____/____/____

Problema/Condição Avaliada: _____ CNS: _____

- | | | |
|--------------------------|--------------------------------|------------------|
| () Asma | () Puericultura | () Reabilitação |
| () Desnutrição | () Puerpério (até 42 dias) | () Tuberculose |
| () Diabetes | () Saúde Sexual e Reprodutiva | () Hanseníase |
| () DPOC | () Tabagismo | () Dengue |
| () Hipertensão Arterial | () Usuário de Álcool | () DST |
| () Obesidade | () Usuário de Outras Drogas | CID: _____ |
| () Pré-natal | () Saúde Mental | |

- Exame:
- | | | |
|---|---|--|
| () S () A Colesterol Total | () S () A HDL | () S () A Teste Indireto de Antiglobulina Humana (TIA) |
| () S () A Creatinina | () S () A Hemoglobina Glicada | () S () A Ultrassonografia Obstétrica |
| () S () A EAS/EQU | () S () A Hemograma | () S () A Urocultura |
| () S () A Eletro Cardiograma | () S () A LDL | Outro _____ () S () A |
| () S () A Eletroforese de Hemoglobina | () S () A Retinografia | _____ () S () A |
| () S () A Espirometria | () S () A Sorologia para Sífilis (VDRL) | _____ () S () A |
| () S () A Exame de Escarro | () S () A Sorologia para Dengue | |
| () S () A Glicemia | () S () A Sorologia para HIV | |

Conduta: () Retorno Consulta Agendada () Retorno para Cuidado Continuado/Programado () Alta do Episódio _____

Nome: _____ Sexo: () M () F Data de Nascimento ____/____/____

Problema/Condição Avaliada: _____ CNS: _____

- | | | |
|--------------------------|--------------------------------|------------------|
| () Asma | () Puericultura | () Reabilitação |
| () Desnutrição | () Puerpério (até 42 dias) | () Tuberculose |
| () Diabetes | () Saúde Sexual e Reprodutiva | () Hanseníase |
| () DPOC | () Tabagismo | () Dengue |
| () Hipertensão Arterial | () Usuário de Álcool | () DST |
| () Obesidade | () Usuário de Outras Drogas | CID: _____ |
| () Pré-natal | () Saúde Mental | |

- Exame:
- | | | |
|---|---|--|
| () S () A Colesterol Total | () S () A HDL | () S () A Teste Indireto de Antiglobulina Humana (TIA) |
| () S () A Creatinina | () S () A Hemoglobina Glicada | () S () A Ultrassonografia Obstétrica |
| () S () A EAS/EQU | () S () A Hemograma | () S () A Urocultura |
| () S () A Eletro Cardiograma | () S () A LDL | Outro _____ () S () A |
| () S () A Eletroforese de Hemoglobina | () S () A Retinografia | _____ () S () A |
| () S () A Espirometria | () S () A Sorologia para Sífilis (VDRL) | _____ () S () A |
| () S () A Exame de Escarro | () S () A Sorologia para Dengue | |
| () S () A Glicemia | () S () A Sorologia para HIV | |

Conduta: () Retorno Consulta Agendada () Retorno para Cuidado Continuado/Programado () Alta do Episódio _____

Nome: _____ Sexo: () M () F Data de Nascimento ____/____/____

Problema/Condição Avaliada: _____ CNS: _____

- | | | |
|--------------------------|--------------------------------|------------------|
| () Asma | () Puericultura | () Reabilitação |
| () Desnutrição | () Puerpério (até 42 dias) | () Tuberculose |
| () Diabetes | () Saúde Sexual e Reprodutiva | () Hanseníase |
| () DPOC | () Tabagismo | () Dengue |
| () Hipertensão Arterial | () Usuário de Álcool | () DST |
| () Obesidade | () Usuário de Outras Drogas | CID: _____ |
| () Pré-natal | () Saúde Mental | |

- Exame:
- | | | |
|---|---|--|
| () S () A Colesterol Total | () S () A HDL | () S () A Teste Indireto de Antiglobulina Humana (TIA) |
| () S () A Creatinina | () S () A Hemoglobina Glicada | () S () A Ultrassonografia Obstétrica |
| () S () A EAS/EQU | () S () A Hemograma | () S () A Urocultura |
| () S () A Eletro Cardiograma | () S () A LDL | Outro _____ () S () A |
| () S () A Eletroforese de Hemoglobina | () S () A Retinografia | _____ () S () A |
| () S () A Espirometria | () S () A Sorologia para Sífilis (VDRL) | _____ () S () A |
| () S () A Exame de Escarro | () S () A Sorologia para Dengue | |
| () S () A Glicemia | () S () A Sorologia para HIV | |

Conduta: () Retorno Consulta Agendada () Retorno para Cuidado Continuado/Programado () Alta do Episódio _____



Profissional: _____ Data: ____/____/____

Nome: _____ Sexo: () M () F Data de Nascimento ____/____/____

Problema/Condição Avaliada:
() Asma () Puericultura () Reabilitação
() Desnutrição () Puerpério (até 42 dias) () Tuberculose
() Diabetes () Saúde Sexual e Reprodutiva () Hanseníase
() DPOC () Tabagismo () Dengue
() Hipertensão Arterial () Usuário de Álcool () DST
() Obesidade () Usuário de Outras Drogas CID: _____
() Pré-natal () Saúde Mental

Exame:
() S () A Colesterol Total () S () A HDL () S () A Teste Indireto de Antiglobulina Humana (TIA)
() S () A Creatinina () S () A Hemoglobina Glicada () S () A Ultrassonografia Obstétrica
() S () A EAS/EQU () S () A Hemograma () S () A Urocultura
() S () A Eletro Cardiograma () S () A LDL
() S () A Eletroforese de Hemoglobina () S () A Retinografia Outro _____ () S () A
() S () A Espirometria () S () A Sorologia para Sífilis (VDRL) _____ () S () A
() S () A Exame de Escarro () S () A Sorologia para Dengue _____ () S () A
() S () A Glicemia () S () A Sorologia para HIV

Conduta: () Retorno Consulta Agendada () Retorno para Cuidado Continuado/Programado () Alta do Episódio

Nome: _____ Sexo: () M () F Data de Nascimento ____/____/____

Problema/Condição Avaliada:
() Asma () Puericultura () Reabilitação
() Desnutrição () Puerpério (até 42 dias) () Tuberculose
() Diabetes () Saúde Sexual e Reprodutiva () Hanseníase
() DPOC () Tabagismo () Dengue
() Hipertensão Arterial () Usuário de Álcool () DST
() Obesidade () Usuário de Outras Drogas CID: _____
() Pré-natal () Saúde Mental

Exame:
() S () A Colesterol Total () S () A HDL () S () A Teste Indireto de Antiglobulina Humana (TIA)
() S () A Creatinina () S () A Hemoglobina Glicada () S () A Ultrassonografia Obstétrica
() S () A EAS/EQU () S () A Hemograma () S () A Urocultura
() S () A Eletro Cardiograma () S () A LDL
() S () A Eletroforese de Hemoglobina () S () A Retinografia Outro _____ () S () A
() S () A Espirometria () S () A Sorologia para Sífilis (VDRL) _____ () S () A
() S () A Exame de Escarro () S () A Sorologia para Dengue _____ () S () A
() S () A Glicemia () S () A Sorologia para HIV

Conduta: () Retorno Consulta Agendada () Retorno para Cuidado Continuado/Programado () Alta do Episódio

Nome: _____ Sexo: () M () F Data de Nascimento ____/____/____

Problema/Condição Avaliada:
() Asma () Puericultura () Reabilitação
() Desnutrição () Puerpério (até 42 dias) () Tuberculose
() Diabetes () Saúde Sexual e Reprodutiva () Hanseníase
() DPOC () Tabagismo () Dengue
() Hipertensão Arterial () Usuário de Álcool () DST
() Obesidade () Usuário de Outras Drogas CID: _____
() Pré-natal () Saúde Mental

Exame:
() S () A Colesterol Total () S () A HDL () S () A Teste Indireto de Antiglobulina Humana (TIA)
() S () A Creatinina () S () A Hemoglobina Glicada () S () A Ultrassonografia Obstétrica
() S () A EAS/EQU () S () A Hemograma () S () A Urocultura
() S () A Eletro Cardiograma () S () A LDL
() S () A Eletroforese de Hemoglobina () S () A Retinografia Outro _____ () S () A
() S () A Espirometria () S () A Sorologia para Sífilis (VDRL) _____ () S () A
() S () A Exame de Escarro () S () A Sorologia para Dengue _____ () S () A
() S () A Glicemia () S () A Sorologia para HIV

Conduta: () Retorno Consulta Agendada () Retorno para Cuidado Continuado/Programado () Alta do Episódio

Fls. 15



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FLORIDO - MG
REQUISIÇÃO/RESULTADO DE EXAMES

① UNIDADE ASSISTENCIAL _____		
CENTRO DE SAÚDE DE CAMPO FLORIDO		
② NOME DO PACIENTE _____	③ PRONTUÁRIO _____	
④ IDADE _____	⑤ SEXO _____ M ☐ F ☐	⑥ CLÍNICA _____
⑦ DADOS CLÍNICOS _____		
⑧ MATERIAL A EXAMINAR _____		
⑨ EXAMES SOLICITADOS _____		
LOCAL E DATA _____ de _____ de _____		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO _____



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FLORIDO - MG
REQUISIÇÃO/RESULTADO DE EXAMES

① UNIDADE ASSISTENCIAL _____		
CENTRO DE SAÚDE DE CAMPO FLORIDO		
② NOME DO PACIENTE _____	③ PRONTUÁRIO _____	
④ IDADE _____	⑤ SEXO _____ M ☐ F ☐	⑥ CLÍNICA _____
⑦ DADOS CLÍNICOS _____		
⑧ MATERIAL A EXAMINAR _____		
⑨ EXAMES SOLICITADOS _____		
LOCAL E DATA _____ de _____ de _____		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO _____

COD. SUS/UG. 00.08 (ANVERSO)



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: _____	
CRM: _____	UF: _____
Endereço: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident: _____	Órg. Emissor: _____
Endereço: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data ____/____/____

FILED 027

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data ____/____/____



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FLORIDO
CENTRO DE SAÚDE DE CAMPO FLORIDO - MG

PARA: _____

_____/_____/____

MÉDICO



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FLORIDO
CENTRO DE SAÚDE DE CAMPO FLORIDO - MG

PARA: _____

_____/_____/_____
MÉDICO

INSCRIÇÃO

ADE DE SAÚDE DE:

NOME[illegible]

FILED

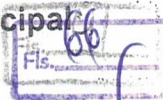
INSCRIÇÃO

ADE DE SAÚDE DE:

NOME

[illegible]

65



DOCUMENTO - 01

GUIA DE ENCAMINHAMENTO INTERMUNICIPAL

01- Nº

DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE

02- Origem	PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FLORIDO - MG
------------	--

03- Destino

DADOS DO PACIENTE

04- Nome

05- Sexo	☐ (1) Masc.
	☐ (2) Fem.

06- Endereço

07- Cep

08- Município / Bairro

09- UF

10- Cart. identidade

11- Data Nasc.

12- Médico Solicitante (carimbo/assinatura)

13- Data Emissão

14- CPF Médico

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO

15- Motivo

16- Diagnóstico Inicial (CID)

17- Clínica

18- Procedimento Solicitado



DOCUMENTO - 01

GUIA DE ENCAMINHAMENTO INTERMUNICIPAL

01 - Nº

DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE

02- Origem

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FLORIDO - MG

03- Destino

DADOS DO PACIENTE

04- Nome

05- Sexo

☐ (1) Masc.

☐ (2) Fem.

06- Endereço

07- Cep

08- Município / Bairro

09- UF

10- Cart. identidade

11- Data Nasc.

12- Médico Solicitante (carimbo/assinatura)

13- Data Emissão

14- CPF Médico

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO

15- Motivo

16- Diagnóstico Inicial (CID)

17- Clínica

18- Procedimento Solicitado

SECRETARIA MUNICIPAL DE CAMPO FLORIDO		SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - MG SUS		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL		01 ☐ Urgência ☐ Rotina	
02 Unidade Centro de Saúde		03 Cód. Unidade (SIA-SUS) 2 1 8 1 4 0 1		04 Data: ____/____/____ Hora: _____		05 Ficha Nº	
						11 Faixa Etária	
06 Nome:		09 Cep		50 51 52 53 54 55		56 57 58 59 60 61	
07 Endereço:		3 8 1 3 0 — 0 0 0		60 61 62 63 64 65		66 67 68 69 70 71	
08 Localidade: Campo Florido		10 DRS: Uberaba		72			
12 Ass. Paciente/Responsável							
INFORMAÇÕES DO ATENDIMENTO REALIZADO							
13 Anamnese - Exame Clínico - Conduta (descrição sumária)							
14 Diagnóstico Principal:		15 CID		17 Cód. Procedimento (SIA-SUA)			
16 Procedimento							
18 Material, Medicamentos, Sadt utilizados no atendimento							
19 Observação na Unidade (Justificar indicação e informar nº de horas)							
IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL							
20 Assinatura e Carimbo				Nº Cons. Regional			
Anotações do Serviço de Controle e Avaliação do SUS							
21 Assinatura(s)				Data:			

SECRETARIA MUNICIPAL DE CAMPO FLORIDO		SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - MG SUS		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL		01 ☐ Urgência ☐ Rotina	
02 Unidade Centro de Saúde		03 Cód. Unidade (SIA-SUS) 2 1 8 1 4 0 1		04 Data: ____/____/____ Hora: _____		05 Ficha Nº	
						11 Faixa Etária	
06 Nome:		09 Cep		50 51 52 53 54 55		56 57 58 59 60 61	
07 Endereço:		3 8 1 3 0 — 0 0 0		62 63 64 65		66 67 68 69 70 71	
08 Localidade: Campo Florido		10 DRS: Uberaba		72			
12 Ass. Paciente/Responsável							
INFORMAÇÕES DO ATENDIMENTO REALIZADO							
13 Anamnese - Exame Clínico - Conduta (descrição sumária)							
14 Diagnóstico Principal:		15 CID		17 Cód. Procedimento (SIA-SUA)		18	
16 Procedimento							
18 Material, Medicamentos, Sadt utilizados no atendimento							
19 Observação na Unidade (Justificar indicação e informar nº de horas)							
IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL							
20 Assinatura e Carimbo				Nº Cons. Regional			
Anotações do Serviço de Controle e Avaliação do SUS							
21 Assinatura(s)				Data:			

DIÁRIO DE CLASSE

PRÉ-ESCOLAR BIMESTRAL

PROFESSOR(A)

TURNO

PERÍODO

TURMA

SALA

ANO LETIVO

ESCANINHO Nº

ESCOLA

DIÁRIO DE CLASSE

PRÉ-ESCOLAR BIMESTRAL

PROFESSOR(A)

TURNO

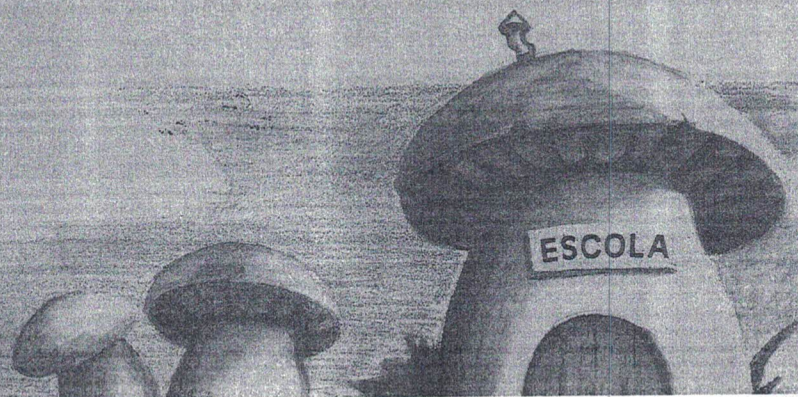
PERÍODO

TURMA

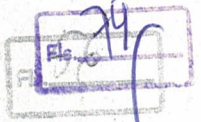
SALA

ANO LETIVO

ESCANINHO Nº



ANO LETIVO



Diário de Classe

ENSINO FUNDAMENTAL NÍVEL I

DISCIPLINA

PROFESSOR(A)

ENSINO

NÍVEL

SÉRIE

TURNO

TURMA

SALA

SITUAÇÃO LEGAL

H O R Á R I O

HORAS / AULAS	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SABADO
1ª						
2ª						
3ª						
4ª						
5ª						
6ª						

ESCANINHO DO PROFESSOR Nº

ANO LETIVO

Diário de Classe

ENSINO FUNDAMENTAL NÍVEL I

DISCIPLINA

PROFESSOR(A)

ENSINO

NÍVEL

SÉRIE

TURNO

TURMA

SALA

SITUAÇÃO LEGAL

H O R Á R I O

HORAS / AULAS	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
1ª						
2ª						
3ª						
4ª						
5ª						
6ª						

ESCANINHO DO PROFESSOR Nº