



Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARÃO DE COTEGIPE
Secretaria Municipal de Saúde
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o(a) Sr.(a) _____

_____ recebeu
atendimento neste serviço no dia _____ / _____ / _____,
e necessita afastamento e suas atividades por _____ dias, a
partir de _____ / _____ / _____.

Diagnóstico: _____

CID: _____

Observação:

É vedado ao médico revelar o CID e diagnóstico salvo se autorizado pelo paciente ou responsável legal, conforme art. 73 do Código de Ética Médica.

_____/_____/_____
Data

Nome do Médico, CRM e Assinatura

*Autorizo a divulgação do diagnóstico (CID)

Paciente ou Responsável Legal

	Estado do Rio Grande do Sul BARÃO DE COTEGIPE
LEMBRETE	
DATA: _____ / _____ / _____	
HORA: _____ : _____	
Secretaria Municipal de Saúde	



PREFEITURA MUNICIPAL DE BARÃO DE COTEGIPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Básica de Saúde

RECEITUÁRIO

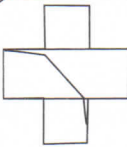
Usuário: _____

BARÃO DE COTEGIPE , _____ de _____ de 20 _____

Carimbo - Profissional

Rua José Mantovani, 220 - Fone: 54 3523 - 2128 - CEP 99.740-000 - Barão de Cotegipe - RS

ITEM 04

	SIA/SUS/RS	Laudo para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial
EMISSOR ☒ Unidade Pública		
Dados do Paciente		
Nome:		
Endereço:		
Município: BARÃO DE COTEGIPE Estado: RS		
Dados Clínicos		
Exame ou Procedimentos Solicitados		
		CÓDIGO
		CÓDIGO
		CÓDIGO
		CÓDIGO
		CÓDIGO
		CÓDIGO
		CÓDIGO
		CÓDIGO
		CÓDIGO
		CÓDIGO
Data	Ass. e Carimbo do Profissional Requerente	
..... / /		
Data	Ass. e Carimbo do Autorizador	
..... / /		
Encaminhado Para: (nome e endereço do serviço)		Polegar Direito
Ass. do Paciente ou Responsável (após a realização do procedimento)		

ITEM 05

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: **RS** Nº: _____

Endereço Completo: RUA JOSÉ MANTOVANI, 220

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Telephone: (54) 3523.2128 / 3523.1420

Cidade: BARÃO DE COTEGIPE UF: RS

1ª Via Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª Via Orientação ao Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor:_____

Endereço: _____

Telephone: _____

Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data ____/____/____

 SUS	
SIA/SUS-RS SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
4. MOTIVO DO ATENDIMENTO	
1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO CNES: 2249448 NOME DA UNIDADE: CENTRAL ENDEREÇO: RUA JOSÉ MANTOVANI, 220 MUNICÍPIO: BARÃO DE COTEGIPE UF: RS [87 613 451/0001-82] Código SIA/SUS: 0109472 Rua Princesa Isabel, 114 CEP 98.740-000 BARÃO DE COTEGIPE - RS	
2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ ENDEREÇO: _____ MUNICÍPIO: BARÃO DE COTEGIPE UF: RS	
3. ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	
5. CBO (CÓDIGO BRASILEIRO DE OCUPAÇÕES)	6. CÓDIGO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS
7. TRATAMENTO / DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	
8. ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL	
9. CARÁTER DO ATEND.	10. DIAGNÓSTICO
11. CID:	12. DATA

ITEM 07

**ESTIVE AQUI PARA REALIZAÇÃO DE VISITA
DOMICILIAR DE ROTINA**

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

MICROÁREA: _____

DATA: ____/____/____

HORA: _____



Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura Municipal de Barão de Cotegipe
Secretaria Municipal de Saúde
Estratégia Saúde da Família

LEMBRE-SE QUE FAZER EXERCÍCIOS REGULARMENTE E CUIDAR DA DIETA, FAZ BEM A SUA SAÚDE!

ITEM 08

[illegible]

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD
REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTI-VETORIAL

Data da atividade		Ciclo/ano		Atividade	
1	2	3	4	5	6
		1-1- Levantamento de índice	2-1-1 - Levantamento de índice Tratamento	3-PE - Plano Estratégico	
		4-T - Tratamento	5-DF - Delimitação do Foco	6-PVE - Pesquisa Visual Especial	

PESQUISA ENTOMOLÓGICA/ TRATAMENTO

Assinatura do Agente		Assinatura do Supervisor		Tipo do imóvel	R-residencial C-Comércio TB-Terreno Bruto	Perfilho estratégico	P-Primo O-Outro	Pontuação	Recusado	Fechado
----------------------	--	--------------------------	--	----------------	---	----------------------	--------------------	-----------	----------	---------

No.depositos inspeccionados por tipo							
A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

PE - Ponto Estratégico

No e seq. dos quartéis trabalhados							
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
No e seq. dos quarteiros concluídos							
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/

No e seq dos quantificadores com Aedes albopictus							
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/

No. de exemplares			
Leiras	Pupae	Exuvia do pupa	Adultos

Assinatura

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

UF **R S** CNES da Unidade de Saúde **2 2 4 9 4 8** Nº Protocolo _____
 (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde **P O S T O D E S A Ú D E**

Código do Município **4 3 0 1 7 0** Município **B A R ã O D E C O T E G I P E** Prontuário _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS* _____ ☐ Masculino ☐ feminino

Nome Completo do(a) paciente* _____

Apelido do(a) paciente* _____

Nome Completo da Mãe* _____

CPF _____ Nacionalidade _____

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

Dados residenciais

Logradouro _____

Número _____ Complemento _____

Bairro _____ UF _____

Código Município **4 3 0 1 7 0** Município **B A R ã O D E C O T E G I P E**

CEP **9 9 7 4 0 - 0 0 0** DDD **5 4** Telefone _____ - _____

Ponto de Referência _____

Escolaridade ☐ Analfabeto(a) ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

ATENÇÃO: Os campos com asteriscos (*) são obrigatórios

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

*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 lobulillar in situ

Mulheres com história pessoal de câncer de mama

3 - Antes desta consulta teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?*

- ☐ Sim
☐ Nunca foram examinadas anteriormente
☐ Não sabe

4 - Fez Mamografia alguma vez?*

- ☐ Sim. Quando fez a última mamografia? Ano _____
☐ Não
☐ Não sabe

5 - Fez radioterapia na mama ou no plastrão? Em que ano?*

- ☐ Sim, mama direita _____
☐ Sim, mama esquerda _____
☐ Não
☐ Não sabe

6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?*

Mama direita		Mama esquerda
_____	Biópsia cirúrgica incisional	_____
_____	Biópsia cirúrgica excisional	_____
_____	Centralectomia	_____
_____	Segmentectomia	_____
_____	Dutectomia	_____
_____	Mastectomia	_____
_____	Mastectomia poupadora pele	_____
_____	Mastectomia poupadora pele e complexo aréolo-papilar	_____
_____	Linfadenectomia axilar	_____
_____	Biópsia de linfonodo sentinela	_____
_____	Reconstrução mamária	_____
_____	Mastoplastia redutora	_____
_____	Inclusão de implantes	_____
☐ Não fez cirurgia		

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

☐ 7a. Achados no exame clínico

Mama direita

☐ Lesão papilar

Descarga papilar

☐ Cristalina
☐ Hemorrágica

Nódulo:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ Uqlat☐ Uqsup. ☐ Uqmed ☐ Uqinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ Uqlat☐ Uqsup. ☐ Uqmed ☐ Uqinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável

☐ Axilar ☐ Supraclavicular

Mama esquerda

☐ Lesão papilar

Descarga papilar

☐ Cristalina
☐ Hemorrágica

Nódulo:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ Uqlat☐ Uqsup. ☐ Uqmed ☐ Uqinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ Uqlat☐ Uqsup. ☐ Uqmed ☐ Uqinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável

☐ Axilar ☐ Supraclavicular☐ 7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita

☐ nódulo
☐ microcalcificação
☐ assimetria focal
☐ assimetria difusa
☐ área densa
☐ distorção fecal
☐ linfonodo axilar

Mama esquerda

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐☐ 7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita

☐ nódulo
☐ microcalcificação
☐ assimetria focal
☐ assimetria difusa
☐ área densa
☐ distorção fecal
☐ linfonodo axilar

Mama esquerda

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐☐ 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante☐ Mama direita☐ Mama esquerda☐ 7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mama direita

☐ Categoria 0
☐ Categoria 3
☐ Categoria 4
☐ Categoria 5

Mama esquerda

☐
☐
☐
☐☐ 7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno

Mama direita

☐ nódulo
☐ microcalcificação
☐ assimetria focal
☐ assimetria difusa
☐ área densa
☐ distorção fecal
☐ linfonodo axilar

Mama esquerda

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

8 - mamografia de rastreamento

☐ 8a. População alvo☐ 8b. População de risco elevado (história familiar)☐ 8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data da solicitação*

Responsável*

____/____/____

Número do Exame:

Número do ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica

7a - Achados no exame clínico

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

7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BL-RADS*)

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

7c - Lesão com diagnóstico de câncer

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

7d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação de resposta

7e - Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de outra Instituição nas categorias 0,3, 4 e 5 para revisão de resultado

7f - Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de biópsia de fragmento ou PAAF de lesões benignas

8 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 35 anos com histórico familiar (População de risco elevado- histórico familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama.

FICHA DE VACINAÇÃO

Pai: _____ Mãe: _____

[illegible][illegible]

ITEM 11- VERSO

VACINA DOSES	PNEUMOCOCCICA 10	MENINGO COCIGA C						
1ª DOSE	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /
	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____
	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____
2ª DOSE	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /
	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____
	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____
3ª DOSE	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /
	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____
	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____

1ª REF.	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /
	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____
	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____
2ª REF.	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /	DATA: / /
	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____	LOTE: _____
	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____	ASSIN: _____

ITEM 12 - FRENTE

12 MANTENHA A CADERNETA EM SEU PODER, JUNTO COM SEUS DOCUMENTOS. VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL	
 SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE CADERNETA DE VACINAÇÃO  centro estadual de vigilância em saúde RS	
NOME:	
R.G.:	DATA DE NASCIMENTO:
ENDEREÇO:	
UNIDADE DE SAÚDE:	

ITEM 12 - VERSO

DUPLA ADULTO	HEPATITE B	SAR/CAX/RUB	FEBRE AMARELA	
____/____/____ Lote:_____ Labor.:_____ P.S.:_____ Ass.:_____	____/____/____ Lote:_____ Labor.:_____ P.S.:_____ Ass.:_____	____/____/____ Lote:_____ Labor.:_____ P.S.:_____ Ass.:_____	____/____/____ Lote:_____ Labor.:_____ P.S.:_____ Ass.:_____	____/____/____ Lote:_____ Labor.:_____ P.S.:_____ Ass.:_____
DUPLA ADULTO	HEPATITE B			
____/____/____ Lote:_____ Labor.:_____ P.S.:_____ Ass.:_____	____/____/____ Lote:_____ Labor.:_____ P.S.:_____ Ass.:_____	____/____/____ Lote:_____ Labor.:_____ P.S.:_____ Ass.:_____	____/____/____ Lote:_____ Labor.:_____ P.S.:_____ Ass.:_____	____/____/____ Lote:_____ Labor.:_____ P.S.:_____ Ass.:_____
DUPLA ADULTO	HEPATITE B			
____/____/____ Lote:_____ Labor.:_____ P.S.:_____ Ass.:_____	____/____/____ Lote:_____ Labor.:_____ P.S.:_____ Ass.:_____	____/____/____ Lote:_____ Labor.:_____ P.S.:_____ Ass.:_____	____/____/____ Lote:_____ Labor.:_____ P.S.:_____ Ass.:_____	____/____/____ Lote:_____ Labor.:_____ P.S.:_____ Ass.:_____
____/____/____ Lote:_____ Labor.:_____ P.S.:_____ Ass.:_____	____/____/____ Lote:_____ Labor.:_____ P.S.:_____ Ass.:_____	____/____/____ Lote:_____ Labor.:_____ P.S.:_____ Ass.:_____	____/____/____ Lote:_____ Labor.:_____ P.S.:_____ Ass.:_____	____/____/____ Lote:_____ Labor.:_____ P.S.:_____ Ass.:_____



Gráfica Central - 54 3522.3000

EM: _____/_____/_____

13

ITEM 14

 PREFEITURA MUNICIPAL DE BARÃO DE COTEGIPE SISTEMA DE CONTROLE INTERNO REQUISIÇÃO DE LAVAGENS / CONserto / TROCA DE PNEUS Nº 2668		
☐ Lavagem ☐ Conserto de Pneu ☐ Troca de Pneu		
Veículo/Máquina Nº: _____		
Fornecedor: _____		
DATA	QUANTIDADE	VALOR R\$
Autorizo: _____		Forneci: _____
Atesto que recebi: _____		
Servidor Credenciado	Fornecedor	Motorista ou Operador

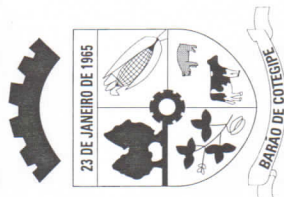
14

ITEM 15

 PREFEITURA MUNICIPAL DE BARÃO DE COTEGIPE SISTEMA DE CONTROLE INTERNO REQUISIÇÃO DE COMBUSTÍVEL - PARA FORNECEDOR				Nº 14975
Óleo Diesel ☐		Gasolina ☐	Álcool ☐	
Veículo/Máquina Nº: _____				
DATA	Nº DO ODÔMETRO OU HORÔMETRO	LITROS FORNECIDOS	VALOR REGISTRADO NA BOMBA R\$	
Autorizo:		Forneci:	Atesto que recebi:	
Servidor Credenciado		Fornecedor	Motorista ou Operador	

- Faça seu exame de prevenção do câncer uma vez por ano.
- Faça seu auto exame ; apalpe suas mamas após cada menstruação.
- Procure o Posto de Saúde se notar alguma alteração.
- Doenças sexualmente transmissíveis, vá ao médico, não espere os sintomas desaparecerem.
- O uso de preservativos é muito importante.

Barão de Cotegipe
Sec. Mun. de Saúde



CARTEIRA DE SAÚDE DA MULHER

Nome: _____

Número: _____

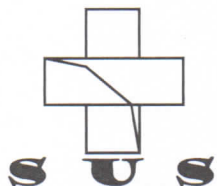
Data de Nascimento: _____

Endereço: _____

LEVE SUA CARTEIRA TODA VEZ QUE FOR RETIRAR SEU ANTICONCEPCIONAL

[illegible][illegible][illegible]

ITEM 29


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		/	/ /	/ /	/ /	S-sim N-não	/				

12	Atividade											
1-LI - Levantamento de índice				2-LI+T - Levantamento de índice+Tratamento				3-PE-Ponto Estratégico				
4-T - Tratamento				5-DF-Delimitação de Foco				5-PVE-Pesquisa Vetoria Especial				

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

13	Total quart. concl	Nº Imóveis trabalhados por tipo						Nº Imóveis			23	Amostras Coletadas	Pendência		
		14	15	16	17	18	19	20	21	22			24	25	26
		Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total	Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspe- cionados	Recusa		Fechados	Recu- perados	

TB - terreno baldio

PE - Ponto Estratégico

Nº depósitos inspecionados por tipo										35	Depósito Eliminado				
27	A1	28	A2	29	B	30	C	31	D1			32	D2	33	E

Depósitos Tratados						Adulticida		44	Total de Agentes na semana	45	Total Dias Trabalhados na semana		
Larvicida (1)			Larvicida (2)			42	43						
36	Tipo	37	Qtde.(Gramas)	38	Qt dep. trat	39	Tipo	40	Qtde.(Gramas)	41	Qt dep. trat	Tipo	Qtde (Cargas)

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº depósitos inspecionados por tipo																
	46	A1	47	A2	48	B	49	C	50	D1	51	D2	52	E	53	Total
com Aedes aegypti																
com Aedes albopictus																

A1 - Caixa d'água (elevado)

A2 - 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), sucatas, entulhos

E - Depósitos naturais

Nº de imóveis com espécimes, por tipo										Nº de exemplares										
	54	Resi- dência	55	Comér- cio	56	Terreno Baldio	57	Ponto Es- tratégico	58	Outros	59	Total	60	Larvas	61	Pupas	62	Exúvia de pupas	63	Adultos
com Aedes aegypti																				
com Aedes albopictus																				
outros																				

64				65				66			
Nº e seq. dos bairros com Aedes Aegypti				Nº e seq. dos bairros com Aedes albopictus				Nº e seq. dos bairros com Aedes aegypti + Aedes albopictus			
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

67	Visto do Supervisor	68	Data do visto

Formulário de Visitas aos Imóveis - AB

Município:		Localidade:		Agente:		Data:								
Endereço		Informações da ação - marque "X" de acordo com a situação encontrada			Informações sobre os criadouros - preencha com o nº encontrado									
Logradouro (rua, av.)	Nº	Imóvel trabalhado	Com criadouro	Imóvel fechado	Recusa da visita	Imóvel recuperado	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total de depósitos eliminados
	1													
	2													
	3													
	4													
	5													
	6													
	7													
	8													
	9													
	10													
	11													
	12													
	13													
	14													
	15													
	16													
17														
Total														

Assinatura do agente:

Legenda: A1 – Caixa d'água (elevado)

A2 – Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)

B – Pequenos depósitos móveis (vasos de plantas, bebedouros...)

C - Depósitos fixos (tanques, lages, toldos, ralos...)

D1 – Pneus e outros materiais rodantes

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

E – Depósitos naturais

11

e-SUS
Atenção Básica

FICHA DE VISITA DOMICILIAR

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº.:

[illegible][illegible]

e-SUS
Atenção Básica

CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*

Cód. CNES UNIDADE*

Cód. EQUIPE (INÉ)*

MICROÁREA

DATA:*

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO

Nº DO CARTÃO SUS

RESPONSÁVEL FAMILIAR

É o responsável?

Nº DO CARTÃO SUS

DATA DE NASCIMENTO:

☐ Sim ☐ Não

NOME COMPLETO:*

NOME SOCIAL:

DATA DE NASCIMENTO:*

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

Nº NIS (PIS/PASEP):

NOME COMPLETO DA MÃE:*

☐ DesconhecidoNACIONALIDADE:* ☐ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro

PAÍS DE NASCIMENTO:

TELEFONE CELULAR ()

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**

E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

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

OCUPAÇÃO

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* ☐ Sim ☐ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

☐ Creche ☐ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 9ª)
☐ Pré-escola (exceto CA) ☐ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)
☐ Classe Alfabetizada - CA ☐ Ensino Médio Especial
☐ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries ☐ Ensino Médio EJA (Supletivo)
☐ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries ☐ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Alfabetização para Adultos (Mobral, etc)
☐ Ensino Fundamental Especial ☐ Nenhum
☐ 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
☐ Outro
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sozinha ☐ Creche ☐ OutroFREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não

PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO?

☐ Sim ☐ Não

POSSUI 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(is)?

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

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO:

☐ Óbito ☐ Mudança de território

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL 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

QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

ITEM 33 - VERSO

ESTÁ GESTANTE? ☐ Sim ☐ Não

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?

☐ Abaixo do Peso ☐ Peso Adequado ☐ Acima do Peso

ESTÁ FUMANTE?

☐ Sim ☐ Não

FAZ USO DE ALCOOL?

☐ Sim ☐ Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?

☐ Sim ☐ Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?

☐ Sim ☐ Não

TEM DIABETES?

☐ Sim ☐ Não

TEVE AVC / DERRAME?

☐ Sim ☐ Não

TEVE INFARTO?

☐ Sim ☐ Não

TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES). **

☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outro ☐ Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES). **

☐ Insuficiência Renal ☐ Outro ☐ Não Sabe

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES). **

☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outro ☐ Não Sabe

ESTÁ COM HANSENÍASE?

☐ Sim ☐ Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE?

☐ Sim ☐ Não

TEM OU TEVE CÂNCER?

☐ Sim ☐ Não

TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA?

FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSIQUIATRA

OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL?

☐ Sim ☐ Não

ESTÁ ACAMADO?

☐ Sim ☐ Não

ESTÁ DOMICILIADO?

☐ Sim ☐ Não

USA PLANTAS MEDICINAIS?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES).

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? ☐ Sim ☐ Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL?

2 - QUAL?

3 - QUAL?

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?*

☐ Sim ☐ Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

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

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?

☐ Sim ☐ Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?

☐ Sim ☐ Não

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?

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

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?

☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outros
☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES).

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?

TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES). **

☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outros

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

* Campo Obrigatório

** Campo obrigatório condicionado a pergunta anterior

e-SUS Atenção Básica	ITEM 31 CADASTRO DOMICILIAR			DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO:	FOLHA:

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

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA		NOME DO LOGRADOURO:*		Nº:*
TIPO DE LOGRADOURO:				
COMPLEMENTO:		BAIRRO:*		
MUNICÍPIO:*		UF:*	CEP:*	

TELEFONES PARA CONTATO	
TELEFONE RESIDENCIAL: ()	TELEFONE DE REFERÊNCIA: ()

CONDIÇÕES DE MORADIA	
SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA*	
☐ Próprio ☐ Financiada ☐ 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	
☐ Pavimento ☐ Chão Batido ☐ Fluvial ☐ Outro	
MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO	
Alvenaria/Tijolo: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento	
Taipa: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento	
Outros: ☐ Madeira Aparelhada ☐ Palha ☐ Material Aproveitado ☐ Outro Material	
Disponibilidade de Energia Elétrica? ☐ Sim ☐ Não	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
☐ Rede Encanada até o Domicílio ☐ Poço / Nascente no Domicílio ☐ Cisterna	
☐ Carro Pipa ☐ Outro	
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	
TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO	
☐ Filtração ☐ Fervura ☐ Cloração ☐ Sem Tratamento	
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]	MUDOU-SE
		/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +			☐
		/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +			☐
		/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +			☐
		/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +			☐

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA	
Eu, _____ portador 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	


PREFEITURA MUNICIPAL DE BARÃO DE COTEGIPE
SISTEMA DE CONTROLE INTERNO
REGISTRO DE SERVIÇO PRESTADO A PARTICULAR
Nº 901

Nome do Favorecido: _____

Caminhão/Máquina Nº: _____

Tipo: _____

Data: ____/____/____

Serviço		Quantificação		
Tipo Nº	Local	Nº Horômetro ou Odômetro		Total de Horas ou Km's
		Inicial	Final	

Declaro que o serviço foi executado.

Motorista/Operador _____

Proprietário ou Representante _____

Código dos Serviços:

Nº 01 Abertura/fechamento valas

Nº 02 Abertura de estrada

Nº 03 Açude

Nº 04 Aterro

Nº 05 Colocação de tubos

Nº 06 Destoca

Nº 07 Estrada de lavoura

Nº 08 Extração de cascalho/terra

Nº 09 Fonte drenada

Nº 10 Fossa/esterqueira

Nº 11 Limpeza de valetas

Nº 12 Movimento de terra

Nº 13 Patrolamento

Nº 14 Prestação de socorro

Nº 15 Ponte, pontilhão ou pinguela

Nº 16 Silo-trincheira

Nº 17 Terraplanagem

Nº 18 Transporte de carga

Nº 19 Transporte de lixo

Nº 20 Transporte de pessoal

Nº 21 Viagem

Nº 22 Transporte adubo orgânico

Nº 23 Outro (Descrever)