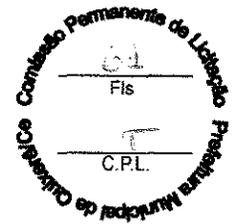
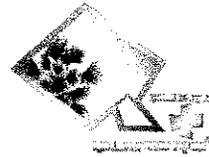




**GOVERNO MUNICIPAL**  
QUIXERÉ – ADM “QUERO MAIS QUIXERÉ”



#### **ANEXO IV - MODELOS DOS PRODUTOS A SEREM CONFECCIONADOS**

**OBSERVAÇÃO:** OS MODELOS DE FORMULARIOS, FICHAS, BOLETINS ETC, COM SEUS RESPECTIVOS TAMANHOS, CORES E TODO CONTEUDO QUE IRA AUXILIAR NA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA, OS QUAIS SERÃO FUTURAMENTE CONFECCIONADOS PELA LICITANTE VENCEDORA, ESTÃO A DISPOSIÇÃO NO SETOR DE LICITAÇÃO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERE, PARA ANELISE POR PARTE DOS INTERESSADOS, DE SEGUNDA A SEXTA FEIRA, EM HORÁRIO DE EXPEDIENTE AO PUBLICO: DE 07:00 ÀS 13:00 HORAS, DURANTE TODO O PERIODO DE PUBLICAÇÃO DO EDITAL.

2  
A

NOME DA PESSOA DE REFERÊNCIA NA FAMÍLIA:

Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

TIPO DE UNIDADE:  CRAS                       CREAS

Nº DA UNIDADE:

NOME DA UNIDADE: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO





**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÉ**  
**Administração: "Quero mais Quixeré"**  
**SECRETARIA DO TRABALHO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL**  
**CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CRAS**



**FICHA DE CADASTRO DA FAMÍLIA**

**01 - IDENTIFICAÇÃO**

RESPONSÁVEL PELA FAMÍLIA	RG / CPF	NIS	DATA
ENDEREÇO	DISTRITO	TELEFONE	DATA DE NASCIMENTO SEXO
SITUAÇÃO CONJUGAL		<input type="checkbox"/> CASADO (A) <input type="checkbox"/> SOLTEIRO (A) <input type="checkbox"/> REGIME DE UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> SEPARADO (A) <input type="checkbox"/> VIÚVO (A)	

**02 - COMPOSIÇÃO FAMILIAR**

Nº	NOME COMPLETO	PARENTESCO	DATA / NASC.	INSTRUÇÃO	INDICADORES SÓRCIO-ECONÓMICOS	
					PROFISSÃO	RENDA MENSAL
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						

**LEGENDA P/ESCOLARIDADE:** 1 - ANALFABETO 2 - CRECHE 3 - PRÉ-ESCOLA 4 - ENS.FUND.INCOMPLETO 5 - ENS.FUND.COMPLETO 6 - ENS.MÉDIO INCOMPLETO 7 - ENS.MÉDIO COMPLETO 8 - SUPERIOR

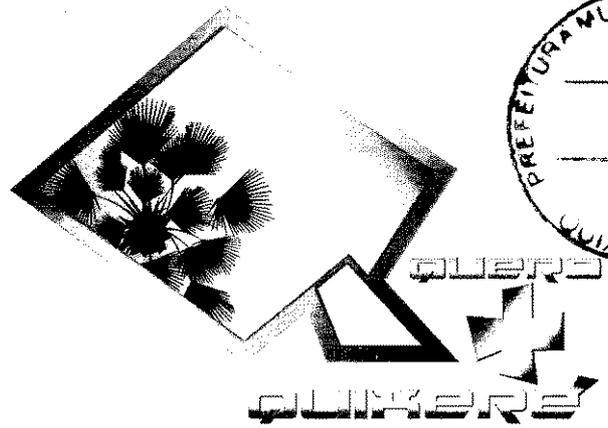
**03 - INDICADORES SÓCIO-ECONOMICOS**

3.1 - RENDA FAMILIAR   
 Menos de 1S/M   
 1/SM   
 De 1 a 2 S/M   
 3 S/M acima   
 Renda per capta: \_\_\_\_\_

3.2 - RECEBE ALGUM BENEFÍCIO DO GOVERNO FEDERAL?   
 SIM   
 NÃO   
 Nº de Identificação Social - NIS \_\_\_\_\_

Valor do Benefício R\$ \_\_\_\_\_ Qual?   
 Bolsa Família   
 Scfv: \_\_\_\_\_   
 Outros \_\_\_\_\_





# Prefeitura Municipal de Quixeré



**Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social**



**HOSPITAL MUNICIPAL  
JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA**  
CENTRO - QUIXERÉ - CEARÁ  
ADMINISTRAÇÃO: *"Construindo o Futuro"*



## ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, o(a) Senhor(a): \_\_\_\_\_

D.I. \_\_\_\_\_ necessita de: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ),  
dias de afastamento do trabalho a partir desta data, por motivo de doença.

C.I.D.: \_\_\_\_\_

Quixeré-CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

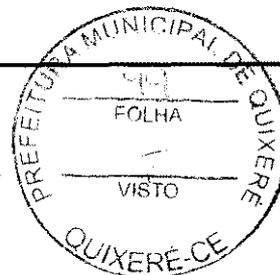
\_\_\_\_\_  
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



ESTADO DO CEARÁ  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÉ**  
ADMINISTRAÇÃO: "Construindo o Futuro"



**ATESTADO MÉDICO  
AUXÍLIO NATALIDADE**



Atesto para fins de comprovação junto ao INSS que a  
Sra. \_\_\_\_\_ encontra-se  
no \_\_\_\_\_ de gestação e deseja obter benefício de  
Auxílio Natalidade conforme previsto em Lei.

Quixeré - CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÉ  
SECRETARIA DE SAÚDE DE QUIXERÉ  
ADMINISTRAÇÃO: Quero mais Quixeré



HOSPITAL MUNICIPAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA

Equipe: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_



JULGADO:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ácido Úrico              | <input type="checkbox"/> P. de fezes (seriado)         |
| <input type="checkbox"/> ASO                      | <input type="checkbox"/> Pesq. de BAAR no escarro      |
| <input type="checkbox"/> Bilirrubina t. e frações | <input type="checkbox"/> Pesq. de BAAR na linfa        |
| <input type="checkbox"/> Coagulograma             | <input type="checkbox"/> Secreção Vaginal              |
| <input type="checkbox"/> Cont. de Plaquetas       | <input type="checkbox"/> Sumário de Urina              |
| <input type="checkbox"/> Colesterol total         | <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea             |
| <input type="checkbox"/> Creatinina               | <input type="checkbox"/> T. de Sangria                 |
| <input type="checkbox"/> DU (D fraco)             | <input type="checkbox"/> T. de Coagulação              |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma              | <input type="checkbox"/> Triglicerídeos                |
| <input type="checkbox"/> Fator reumatóide         | <input type="checkbox"/> TGO                           |
| <input type="checkbox"/> Glicemia em Jejum        | <input type="checkbox"/> TGP                           |
| <input type="checkbox"/> Hemograma                | <input type="checkbox"/> Teste de Gravidez             |
| <input type="checkbox"/> HDL                      | <input type="checkbox"/> Teste de tolerância à glicose |
| <input type="checkbox"/> Leucograma               | <input type="checkbox"/> Uréia                         |
| <input type="checkbox"/> LDL                      | <input type="checkbox"/> V.H.S.                        |
| <input type="checkbox"/> Prova do Laço            | <input type="checkbox"/> V.D.R.L.                      |
| <input type="checkbox"/> Proteína C. Reativa      | <input type="checkbox"/> _____                         |
| <input type="checkbox"/> P. de fezes (simples)    | <input type="checkbox"/> _____                         |



VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
ALVARÁ SANITÁRIO PARA FUNCIONAMENTO

CRE \_\_\_\_\_

Processo

Exercício

Número

De acordo com as disposições legais e regulamentares em

vigor, o (a) \_\_\_\_\_



NOME DO ESTABELECIMENTO

ENDEREÇO

RAZÃO SOCIAL

Tem licença para funcionar sob responsabilidade de

Quixeré, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Autoridade Sanitária

**OBSERVAÇÕES**

Este documento deve ser colocado em local visível ao público.

O Alvará é válido para o ano de sua expedição, podendo, entretanto, em caso de infração à legislação sanitária vigente, ser recolhido pela autoridade sanitária.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÉ**

ADMINISTRAÇÃO: "Quero mais Quixeré"

HOSPITAL MUNICIPAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**



**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogeria  
2ª Via - Orientação ao Paciente

**CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO**

**Paciente:**

**Endereço:**

**Prescrição:**

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_

**ASSINATURA DO FARMACÊUTICO**



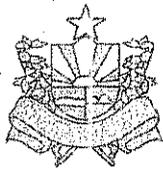
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE QUIXERÊ  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA



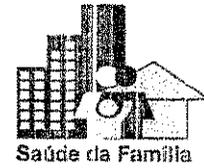
CARTÃO DA FAMÍLIA

NOME DO CHEFE				
VIA DA FAMÍLIA				
Cidade		ACS		
Nº	INTEGRANTE DA FAMÍLIA	D. Nasci.	Nº Cartão do SUS	AGRAVOS
1		/ /		
2		/ /		
3		/ /		
4		/ /		
5		/ /		
6		/ /		
7		/ /		
8		/ /		
9		/ /		
10		/ /		
11		/ /		
12		/ /		

Stamp: PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÊ, SAÚDE DA FAMÍLIA, FOLHA 103, MISTO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**  
CENTRO - QUIXERÉ - CEARÁ  
ADMINISTRAÇÃO: "Construindo o Futuro"

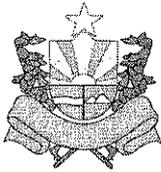


RECEITUÁRIO



**ALEITAMENTO MATERNO BOM PARA MÃE, MELHOR PARA O BEBÊ.**

- VOLTANDO, QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA -



## Declaração de Comparecimento

Declaro que \_\_\_\_\_



Compareceu ao serviço de saúde \_\_\_\_\_

Quixeré-CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

**ALEITAMENTO MATERNO BOM PARA MÃE, MELHOR PARA O BEBÊ.**

- VOLTANDO, QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA -



## PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Equipe: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**OLICITO:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ácido Úrico              | <input type="checkbox"/> P. de fezes (seriado)         |
| <input type="checkbox"/> ASO                      | <input type="checkbox"/> Pesq. de BAAR no escarro      |
| <input type="checkbox"/> Bilirrubina t. e frações | <input type="checkbox"/> Pesq. de BAAR na linfa        |
| <input type="checkbox"/> Coagulograma             | <input type="checkbox"/> Secreção vaginal              |
| <input type="checkbox"/> Cent. de Plaquetas       | <input type="checkbox"/> Sumário de Urina              |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Total         | <input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea             |
| <input type="checkbox"/> Creatina                 | <input type="checkbox"/> T. de Sangria                 |
| <input type="checkbox"/> DU (D. fraco)            | <input type="checkbox"/> T. de Coagulação              |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma              | <input type="checkbox"/> Triglicerídeos                |
| <input type="checkbox"/> Fator Rematóide          | <input type="checkbox"/> TGO                           |
| <input type="checkbox"/> Glicemia em Jejum        | <input type="checkbox"/> TGP                           |
| <input type="checkbox"/> Hemograma                | <input type="checkbox"/> Teste de Gravidez             |
| <input type="checkbox"/> HDL                      | <input type="checkbox"/> Teste de Tolerância à glicose |
| <input type="checkbox"/> Leucograma               | <input type="checkbox"/> Uréia                         |
| <input type="checkbox"/> LDL                      | <input type="checkbox"/> V.H.S.                        |
| <input type="checkbox"/> Prova de Laço            | <input type="checkbox"/> V.D.R.L.                      |
| <input type="checkbox"/> Proteína C Reativa       | <input type="checkbox"/> _____                         |
| <input type="checkbox"/> P. de fezes (simples)    | <input type="checkbox"/> _____                         |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÊ**  
ADMINISTRAÇÃO: "Quero mais Quixerê"  
**HOSPITAL MUNICIPAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA**  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS  
**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**



**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

1ª Via - Retenção da Farmácia  
2ª Via - Orientação ao Paciente

\_\_\_\_\_

**CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO**

**Paciente:**

**Endereço:**

**Prescrição:**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO**

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO FARMACÊUTICO**



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA  
CENTRO - QUIXERÉ - CEARÁ  
ADMINISTRAÇÃO: "Quero mais Quixeré"



Saúde da Família

## RECEITUÁRIO



**ALEITAMENTO MATERNO BOM PARA MÃE, MELHOR PARA O BEBÊ.**

**- VOLTANDO, QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA -**





# PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÉ

ADMINISTRAÇÃO: " *Quero mais Quixeré* "

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE QUIXERÉ



Saúde da Família

## FICHA PRONTUÁRIO DA FAMÍLIA



Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ DATA DA ABERTURA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME DO(A) RESPONSÁVEL PELA FAMÍLIA: \_\_\_\_\_

ÁREA: \_\_\_\_\_

MICROÁREA: \_\_\_\_\_

RUA: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

PONTO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

NOME DO(A) AGENTE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_



<b>CNS DO PROFISSIONAL*</b>	<b>CBO*</b>	<b>CNES*</b>	<b>INE*</b>	<b>DATA*</b>
_____	_____	_____	_____	____/____/____
<b>CNS DO PROFISSIONAL</b>	<b>CBO</b>	<b>CNES</b>	<b>INE</b>	
_____	_____	_____	_____	

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
Nº PRONTUÁRIO																
CNS DO CIDADÃO																
<b>Data de nascimento*</b>	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano															
<b>Sexo*</b> (F) Feminino (M) Masculino		(F)	(M)	(F)												
<b>Local de atendimento*</b> (ver legenda)																
<b>Tipo atendimento*</b> Demanda Espontânea	Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado	<input type="checkbox"/>														
	Consulta Agendada	<input type="checkbox"/>														
	Escuta Inicial/Orientação	<input type="checkbox"/>														
	Consulta no Dia	<input type="checkbox"/>														
<b>Atenção Domiciliar</b>	Atendimento de Urgência	<input type="checkbox"/>														
	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)	AD														
<b>Racionalidade em saúde</b> (ver legenda)																
<b>Avaliação antro-pométrica</b>	Perímetro cefálico (cm)															
	Peso (kg)															
	Altura (cm)															
<b>vacinação em dia?</b>		SIM	NÃO	SIM												
<b>Criança</b>	Aleitamento materno (ver legenda)	<input type="checkbox"/>														
	DUM															
<b>Gestante</b>	Dia/Mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano															
	Gravidez Planejada	SIM	NÃO	SIM												
	Idade Gestacional (semanas)															
<b>Problema/Condição avaliada*</b>	Gestas Prévias/Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Asma	<input type="checkbox"/>														
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>														
	Diabetes	<input type="checkbox"/>														
	DPOC	<input type="checkbox"/>														
	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>														
	Obesidade	<input type="checkbox"/>														
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>														
	Puericultura	<input type="checkbox"/>														
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>														
	Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/>														
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>														
	Usuário de álcool	<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"/>	
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"/>	
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

UF  CNES da Unidade de Saúde  Nº Protocolo   
 Unidade de Saúde  (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)  
 Código Município  Município  Prontuário



**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

Cartão SUS\*  Sexo  Masculino  Feminino  
 Nome Completo do(a) paciente\*   
 Nome Completo da Mãe\*  Apellido do(a) paciente   
 CPF  Nacionalidade   
 Data de Nascimento\*  /  /  Idade\*  Cor/Raça  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena/Etnia   
 Dados Residenciais  
 Logradouro   
 Número  Complemento   
 Bairro  UF   
 Código Município  Município   
 CEP  -  DDD  Telefone  -   
 Ponto de Referência   
 Escolaridade  
 Analfabeto(a)  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

\* 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

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
<input type="checkbox"/>	Biópsia cirúrgica incisional	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Biópsia cirúrgica excisional	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Centralectomia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Segmentectomia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ductectomia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mastectomia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mastectomia poupadora de pele	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Linfadenectomia axilar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Biópsia de linfonodo sentinela	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Reconstrução mamária	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mastoplastia redutora	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Inclusão de implantes	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Não fez cirurgia	

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (\*) são obrigatórios

## FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

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

TURNO: * (M) (T) (N)	CNS DO PROFISSIONAL	
<b>LOCAL DE ATIVIDADE</b>		
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)		CBO***
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)		FOLHA
CNES		VISTO
OUTRA LOCALIDADE:	VISITADO	
Nº DE PARTICIPANTES*	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	

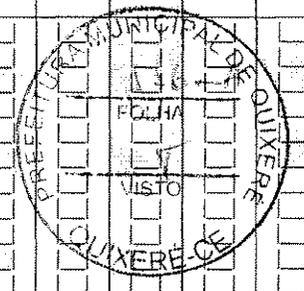
ATIVIDADE (opção única)*	TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***
<input type="checkbox"/> 01 Reunião de equipe	<input type="checkbox"/> 01 Questões administrativas/Funcionamento
<input type="checkbox"/> 02 Reunião com outras equipes de saúde	<input type="checkbox"/> 02 Processos de trabalho
<input type="checkbox"/>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

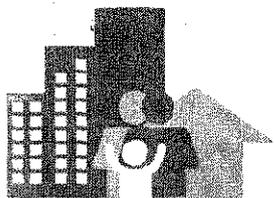
ATIVIDADE (opção única)*	
<input type="checkbox"/> 04	Educação em saúde
<input type="checkbox"/> 05	Atendimento em grupo
<input type="checkbox"/> 06	Avaliação/Procedimento coletivo
<input type="checkbox"/> 07	Mobilização social

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		

<b>CNS DO PROFISSIONAL*</b>	<b>CBO*</b>	<b>CNES*</b>	<b>INE*</b>	<b>DATA*</b>
				/ /

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
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)	(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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Procedimentos/Pequenas cirurgias	Acupuntura com inserção de agulhas	<input type="checkbox"/>														
	Administração de vitamina A	<input type="checkbox"/>														
	Cateterismo vesical de alívio	<input type="checkbox"/>														
	Cauterização química de pequenas lesões	<input type="checkbox"/>														
	Cirurgia de unha (cantoplastia)	<input type="checkbox"/>														
	Cuidado de estomas	<input type="checkbox"/>														
	Curativo especial	<input type="checkbox"/>														
	Drenagem de abscesso	<input type="checkbox"/>														
	Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/>														
	Coleta de citopatológico de colo uterino	<input type="checkbox"/>														
	Exame do pé diabético	<input type="checkbox"/>														
	Exérese/biópsia/punção de tumores superficiais de pele	<input type="checkbox"/>														
	Fundoscopia (exame de fundo de olho)	<input type="checkbox"/>														
	Infiltração em cavidade sinovial	<input type="checkbox"/>														
	Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal	<input type="checkbox"/>														
	Remoção de corpo estranho subcutâneo	<input type="checkbox"/>														
	Retirada de cerume	<input type="checkbox"/>														
	Retirada de pontos de cirurgias	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Tamponamento de epístaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>														
	Dosagem de proteinúria	<input type="checkbox"/>														
	Para HIV	<input type="checkbox"/>														
	Para hepatite C	<input type="checkbox"/>														
	Para sífilis	<input type="checkbox"/>														
Administração de medicamentos	Oral	<input type="checkbox"/>														
	Intramuscular	<input type="checkbox"/>														
	Endovenosa	<input type="checkbox"/>														
	Inalação/Nebulização	<input type="checkbox"/>														
	Tópica	<input type="checkbox"/>														
	Penicilina para tratamento de sífilis	<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"/>	<input type="checkbox"/>	





Saúde da Família

# PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÉ

ADMINISTRAÇÃO: "Quero mais Quixeré"

## SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE QUIXERÉ

### EQUIPE:



### FICHA INDIVIDUAL GERAL

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_ DATA NASC.: \_\_\_\_\_

Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ Nº DO CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

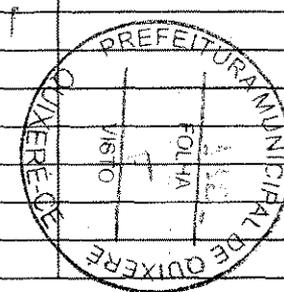
#### ANTECEDENTES PESSOAIS

#### ANTECEDENTES FAMILIARES

<input type="checkbox"/> COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> DIFTERIA	<input type="checkbox"/> RUBÉOLA	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> ÚSERA PÉPTICA
<input type="checkbox"/> CAXUMBA	<input type="checkbox"/> SARAMPO	<input type="checkbox"/> D. CHAFAS	<input type="checkbox"/> MÁ/FORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> NEOPLASIA	<input type="checkbox"/> HEMOFILIA
<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> DST	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> GEMELAR	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/> HANSENIASE
<input type="checkbox"/> HANSENIASE	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> OBESIDADE	<input type="checkbox"/> TABAGISMO
<input type="checkbox"/> TABAGISMO	<input type="checkbox"/> LEISHMANIOSE	<input type="checkbox"/> FEBRE REUMÁTICA	<input type="checkbox"/> EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> USO DE DROGAS	<input type="checkbox"/> DEPRESSÃO
<input type="checkbox"/> DEPRESSÃO	<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> ESTREPTOCOCCIA	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL	<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	
<input type="checkbox"/> HEPATITE	<input type="checkbox"/> ESQUISTOSOMOSE	<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/> OUTROS		
<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> ALERGIA	<input type="checkbox"/> HEMOFILIA			
<input type="checkbox"/> ANEMIA	<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> EPILEPSIA			
<input type="checkbox"/> DISTÚRPIO PSÍQUICO		<input type="checkbox"/> OUTROS			

#### INFORMAÇÕES E CIRURGIAS ANTERIORES

MOTIVO	DATA	MOTIVO	DATA



85.324.901\_3

Data \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_

End. \_\_\_\_\_

Dosagem \_\_\_\_\_

**NOTIFICAÇÃO DA RECEITA**

UF Número  
CE 85.324.901\_3 **B1**

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ASS. E CARIMBO DO EMITENTE

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

NOME \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

IDENT. N. \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÉ**  
CNPJ 07.807.191/0001-47 - CGF 06.920.172-2  
ADMINISTRAÇÃO: "Quero mais Quixeré"  
Secretaria Municipal da Saúde  
Rua Pe. Zacarias, 332 - Centro- Quixeré - CE

PACIENTE \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

**MEDICAÇÃO OU SUBSTÂNCIA**

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

**CARIMBO DO FORNECEDOR**

NOME DO VENDEDOR \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Editora Gráfica Pinheiro - Rua: Raimundo Alves, 2310 - Flores - Russas - CE - Fone: 88 3409 0058 - CNPJ: 07.658.602/0001 - 64 - CGF: 06 1808083 - Insc. Municipal: N° 433052  
N° Alvará Sanitário: 23.0645 - Notificação de Receita - 20 bis. c/ 50 folhas cada - Autorização N° 15/2017 - Numeração: 85.323.951\_3 à 85.324.950\_3 - Autorizado em: 15/03/2017.





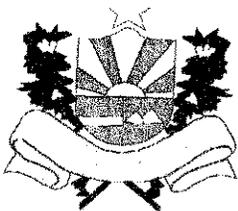
### Planilha de Óbito de Mulheres em Idade Fértil

Nome	Idade	Estado Civil	Ocupação	Município de ocorrência do óbito	Local de ocorrência		Município de residência	CRES	Fonte de Dados			Pré-Natal			Data do óbito	Causa de Morte			CID	Observação
					H	D			Decl. Óbito	Busca Ativa	AIH	S	N	I		D	I	NO		

Nome - 1-Local ocorrência: H) Denominar o Hospital  
(D) Domicílio  
2-Causa da Morte: (D) Obstétrica direta  
(I) Obstétrica indireta  
(NO) Não obstétrica  
3-CID - Classificação Internacional da Doença. utilizar a 10ª revisão







**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÉ – SECRETARIA DA SAÚDE**

Rua Padre Joaquim de Menezes, 1163

Fone-Fax: (88) 3443.1107

**RELATÓRIO MENSAL DESCRITIVO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E MOBILIZAÇÃO SOCIAL**

MÊS: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

<b>PROGRAMA</b>	<b>AÇÃO</b>	<b>LOCAL</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>DATA</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>	<b>RESPONSÁVEIS</b>







GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde



**NOTIFICAÇÃO NEGATIVA / POSITIVA SEMANAL  
SARAMPO / RUBÉOLA**

Município: QUIXERÉ

Semana Epidemiológica: \_\_\_\_\_

Unidades Sentinelas	Sarampo		
	Notificação negativa	Nº de casos suspeitos	Não notificaram

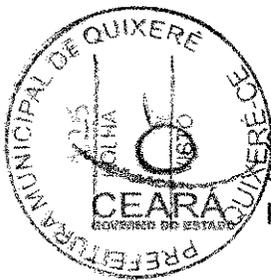
Houve notificação de casos suspeitos de: (marque com X)

Tétano Neonatal                      SIM (    )    NÃO (    )

Paralisia Flácida Aguda            SIM (    )    NÃO (    )

**OBS: A notificação oportuna para a Microrregião se faz com o envio das informações dois (02) dias após o término da semana epidemiológica (até a terça-feira da semana subsequente).**

Ass. Responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE QUIXERÉ  
PROGRAMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

## Mapa Diário de Apuração de Vitamina A



MUNICÍPIO:	CRESC / SER:	UNIDADES DE SAÚDE / PSF	DATA: / /
------------	--------------	-------------------------	-----------

<b>Idade</b>	<b>&lt; 6 MESES DESNUTRIDOS/ DESMAME PRECOCE</b>		<b>CRIANÇAS DE 6 MESES A 11 MESES E 29 DIAS</b>				<b>CRIANÇAS DE 12 MESES A MENOR DE 2 ANOS</b>				<b>CRIANÇAS DE 24 MESES A MENOR DE 3 ANOS</b>				<b>CRIANÇAS DE 36 MESES A MENOR DE 4 ANOS</b>				<b>CRIANÇAS DE 48 MESES A MENOR DE 5 ANOS</b>				<b>Puerperas</b>		<b>Aborto</b>				
	<b>Dose</b>	<b>1ª dose</b>		<b>1ª dose</b>		<b>2ª dose</b>		<b>1ª dose</b>		<b>2ª dose</b>		<b>1ª dose</b>		<b>2ª dose</b>		<b>1ª dose</b>		<b>2ª dose</b>		<b>1ª dose</b>		<b>2ª dose</b>		<b>Dose Única</b>		<b>Dose Única</b>			
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	
	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	
	7	8	7	8	7	8	7	8	7	8	7	8	7	8	7	8	7	8	7	8	7	8	7	8	7	8	7	8	
	9	10	9	10	9	10	9	10	9	10	9	10	9	10	9	10	9	10	9	10	9	10	9	10	9	10	9	10	
	11	12	11	12	11	12	11	12	11	12	11	12	11	12	11	12	11	12	11	12	11	12	11	12	11	12	11	12	
	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	
	15	16	15	16	15	16	15	16	15	16	15	16	15	16	15	16	15	16	15	16	15	16	15	16	15	16	15	16	
	17	18	17	18	17	18	17	18	17	18	17	18	17	18	17	18	17	18	17	18	17	18	17	18	17	18	17	18	
	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	
	21	22	21	22	21	22	21	22	21	22	21	22	21	22	21	22	21	22	21	22	21	22	21	22	21	22	21	22	
	23	24	23	24	23	24	23	24	23	24	23	24	23	24	23	24	23	24	23	24	23	24	23	24	23	24	23	24	
	25	26	25	26	25	26	25	26	25	26	25	26	25	26	25	26	25	26	25	26	25	26	25	26	25	26	25	26	
	27	28	27	28	27	28	27	28	27	28	27	28	27	28	27	28	27	28	27	28	27	28	27	28	27	28	27	28	
	29	30	29	30	29	30	29	30	29	30	29	30	29	30	29	30	29	30	29	30	29	30	29	30	29	30	29	30	
	31	32	31	32	31	32	31	32	31	32	31	32	31	32	31	32	31	32	31	32	31	32	31	32	31	32	31	32	
	33	34	33	34	33	34	33	34	33	34	33	34	33	34	33	34	33	34	33	34	33	34	33	34	33	34	33	34	
	35	36	35	36	35	36	35	36	35	36	35	36	35	36	35	36	35	36	35	36	35	36	35	36	35	36	35	36	
	37	38	37	38	37	38	37	38	37	38	37	38	37	38	37	38	37	38	37	38	37	38	37	38	37	38	37	38	
	39	40	39	40	39	40	39	40	39	40	39	40	39	40	39	40	39	40	39	40	39	40	39	40	39	40	39	40	
	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	41	42	
	43	44	43	44	43	44	43	44	43	44	43	44	43	44	43	44	43	44	43	44	43	44	43	44	43	44	43	44	
	45	46	45	46	45	46	45	46	45	46	45	46	45	46	45	46	45	46	45	46	45	46	45	46	45	46	45	46	
	47	48	47	48	47	48	47	48	47	48	47	48	47	48	47	48	47	48	47	48	47	48	47	48	47	48	47	48	
	49	50	49	50	49	50	49	50	49	50	49	50	49	50	49	50	49	50	49	50	49	50	49	50	49	50	49	50	
	51	52	51	52	51	52	51	52	51	52	51	52	51	52	51	52	51	52	51	52	51	52	51	52	51	52	51	52	
	53	54	53	54	53	54	53	54	53	54	53	54	53	54	53	54	53	54	53	54	53	54	53	54	53	54	53	54	
	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	55	56	
	57	58	57	58	57	58	57	58	57	58	57	58	57	58	57	58	57	58	57	58	57	58	57	58	57	58	57	58	
	59	60	59	60	59	60	59	60	59	60	59	60	59	60	59	60	59	60	59	60	59	60	59	60	59	60	59	60	
<b>TOTAL</b>																													

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo preenchimento



## INQUÉRITO DOMICILIAR DE ÓBITO

SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE: \_\_\_\_\_

NOME DO FALECIDO: _____	
DATA DO ÓBITO: ____/____/____	DATA DO NASCIMENTO ____/____/____
IDADE: _____	SEXO: ( ) MAS. ( ) FEM. ( ) IGN.
ENDEREÇO: _____	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____	
LOCAL DO ÓBITO: _____	MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA: _____
<b>FILIAÇÃO</b>	
PAI: _____	
MÃE: _____	
TEVE ASSISTÊNCIA MÉDICA DURANTE A DOENÇA QUE OCASINOU A MORTE? ( ) SIM ( ) NÃO	
NOME DO MÉDICO: _____	
POSSÍVEL CAUSA DA MORTE: _____	
TOMAVA REMÉDIO? ( ) SIM ( ) NÃO	
SE SIM, QUAL? _____	
DATA DO ÚLTIMO ATENDIMENTO: _____	
FOI HOSPITALIZADO NO DECORRER DA DOENÇA? ( ) SIM ( ) NÃO	
DATA DA HOSPITALIZAÇÃO: ____/____/____	DATA DA ALTA: ____/____/____
ESPECIFICAR NOME DA UNIDADE: _____	
DIAGNÓSTICO: _____	
<b>EM CASO DE ACIDENTE</b>	
<b>ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>	<b>DEMAIS ACIDENTES</b>
( ) PEDESTRE	( ) QUEDA
( ) CICLISTA	( ) AFOGAMENTO
( ) MOTOCICLISTA	( ) QUEIMADURAS
( ) OUTROS ESPECIFICAR _____	( ) CHOQUE ELÉTRICO
	( ) OUTROS ESPECIFICAR _____
TIPO DE VEÍCULO: _____	
( ) CONDUTOR	( ) PASSAGEIRO
<b>EM CASO DE HOMICÍDIO OU SUICÍDIO</b>	
( ) TIRO – TIPO DE ARMA: _____	
( ) FACA	
( ) ENFORCAMENTO	
( ) ENVENENAMENTO – NOME DO VENENO _____	
( ) OUTROS – ESPECIFICAR _____	

Estado do Ceará  
Secretaria da Saúde  
10ª Célula Regional de Saúde de Limoeiro do Norte

Planilha de Dados Relacionados com óbitos infantis

Mês: \_\_\_\_\_

Nome da criança ou de sua mãe	Data do óbito	Local de residência	Local do óbito	Causa imediata do óbito	Condições da Criança						Condições da Mãe						Condições da família					
					Idade	Peso ao nascer	Premat.	Am. Exclus.	Desnit.	Vacinas em dia	Idade	Aborto	Partos	Gest.	Pré-natal	Vac.	Grau escolar da	Água potável	Dest. Dos Dejetos	Rend. familiar	Moradia	

Planilha de Dados Relacionados com óbitos infantis

Mês: \_\_\_\_\_



## BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DE HANSENÍASE

<b>UBS:</b>	<b>Município:</b>	<b>Mês/Ano:</b>
-------------	-------------------	-----------------

Nº da Notificação Atual	Data da Notificação Atual	Nome	Município de Residência Atual	Data do último comparecimento	CO	AI	ET	ND	ER	Data mudança esquema	NC	TS	Data da alta

**CO:** Classificação Operacional Atual 1 – PB (Paucibacilar) 2 – MB (Multibacilar)

**AI:** Avaliação de incapacidade física no momento da cura 0 – Grau zero 1 – Grau I 2 – Grau II 3 – Não avaliado

**ET:** Esquema Terapêutico Atual 1 – PQT/PB/6 doses 2 - PQT/MB/12 doses 3 – Outros Esquemas Substitutivos

**ND:** Número de Doses Supervisionadas

**ER:** Episódio reacional durante o tratamento 1 – Reação tipo 1 2 – Reação tipo 2 3 – Reação tipo 1 e 2 4 – Sem reação

**NC:** Número de Contatos Examinados

**TS:** Tipo de Saída 1 – Cura 2 – Transf. para o mesmo município 3 – Transf. para outro município 4 – Transf. para outro Estado 5 – Transf. para outro país 6 – Óbito 7 – Abandono 8 – Erro diagnóstico



Mês: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

Município: Quixeré

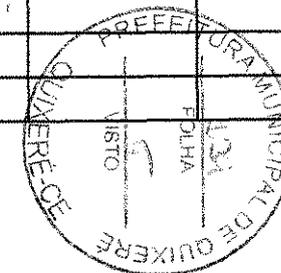
Código do Município: 2311504

PLANILHA DE NOTIFICAÇÕES DE NASCIDOS VIVOS

COMUNICAÇÃO DAS EQUIPES DE PSF PARA O RESPONSÁVEL PELO SIM/SINASC

Nº	DADOS DA MÃE					DADOS DO RN						
	NOME DA MÃE	IDADE DA MÃE	ENDEREÇO	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	TIPO DE PARTO	SEXO	PESO	DATA DE NASC.	HOSPITAL OU DOMICÍLIO	MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA	ACS	Nº DE CONSULTAS
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



**PROGRAMA NACIONAL DE PROFILAXIA DA RAIVA**

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ MÊS: \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_

**I - PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA**

ATIVIDADE	SEDE	DISTRITOS	TOTAL
<b>1- NÚMERO DE PESSOAS ATENDIDAS</b>			
<b>2- NÚMERO DE PESSOAS TRATADAS (TOTAL)</b>			
2.1 SOMENTE COM VACINA			
2.2 COM VACINA E SORO			
<b>3. NÚMERO DE ABANDONOS DE TRATAMENTO</b>			
<b>4. NÚMERO DE DOSES DE VACINAS APLICADAS</b>			
<b>5. NÚMERO DE REAÇÕES ADVERSAS</b>			
<b>6. NÚMERO DE ANIMAIS AGRESSORES POR ESPÉCIE (TOTAL)</b>			
6.1 CANINA			
6.2 FELINA			
6.3 QUIRÓPTERA (MORCEGO)			
6.4 OUTROS (ESPECIFICAR):			
<b>7. NÚMERO DE CÃES E GATOS OBSERVADOS</b>			
OBSERVAÇÕES:			

**II - DIAGNÓSTICO**

8. LABORATORIAL - ENVIO DE AMOSTRAS			
ESPÉCIES	SEDE	DISTRITOS	TOTAL
CANINA			
FELINA			
BOVINA			
QUIRÓPTERA (morcegos)			
OUTRAS (especificar)			
TOTAL			

**III - PROFILAXIA DA RAIVA ANIMAL**

ATIVIDADE	SEDE	DISTRITOS	TOTAL
<b>1 - NÚMERO DE CÃES VACINADOS</b>			
1.1 ROTINA			
1.2 ÁREA FOCAL			
1.3 CAMPANHA			
<b>2 - NÚMERO DE GATOS VACINADOS</b>			
2.1 ROTINA			
2.2 ÁREA FOCAL			
2.3 CAMPANHA			
<b>3 - NÚMERO DE CÃES CAPTURADOS</b>			
3.1 ROTINA			
3.2 ÁREA FOCAL			
<b>4 - NÚMERO DE CÃES ELIMINADOS</b>			
4.1 ROTINA			
4.2 ÁREA FOCAL			
<b>5 - NÚMERO DE ÁREAS FOCAIS REGISTRADAS</b>			
<b>6 - NÚMERO DE ÁREAS FOCAIS TRABALHADAS</b>			
<b>7 - NÚMERO DE ÁREAS FOCAIS REINCIDENTES</b>			
<b>8 - Nº DE ÁREAS FOCAIS DE MORCEGOS TRABALHADAS</b>			

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

ASSINATURA (LEGÍVEL) DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

OBSERVAÇÃO: PREENCHER E ENCAMINHAR À 10ª CRES ATÉ O 2º DIA ÚTIL DE CADA MÊS.

Governo do Estado do Ceará

Secretaria Estadual de Saúde - SESA

Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde - COPROM

Núcleo de Imunizações - NUIMU

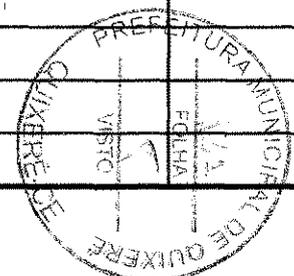
FICHA MENSAL DE NOTIFICAÇÃO NEGATIVA E POSITIVA DE EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINAÇÃO (EAPV)

ANO:	MÊS DE NOTIFICAÇÃO:	CRES:
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:	MUNICÍPIO:	

ASSINALE COM UM "X"

INFORMAMOS QUE NO MÊS REFERIDO ACIMA, OCORREU:	( )	NENHUMA NOTIFICAÇÃO DE EAPV		
	( )	Nome Completo	Nome Completo do Paciente	Data de notificação
			1)	
			2)	
			3)	
			4)	
			5)	
			6)	
			7)	
			8)	

DATA:	ASSINATURA:
-------	-------------



ATENÇÃO!! Enviar MENSALMENTE a planilha de notificação para a SMS.



## FORMULÁRIO PARA BUSCA ATIVA

ESTADO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

### A – BUSCA ATIVA EM SERVIÇO DE SAÚDE

- 1 - Nome do Serviço de Saúde: \_\_\_\_\_
- 2 - Localização:  
 Urbano                     Rural                    Período revisado: \_\_\_\_\_
- 3 - Tipo de Estabelecimento:  
 Público                     Privado                     Outro: \_\_\_\_\_
- 4 - Tipo de Atendimento:  
 Consulta Ambulatorial     Emergência     Internação
- 5 - Busca Ativa realizada em:  
 Livro de Registro                     Prontuário                     Ficha de Atendimento  
 AIH                     Relatório SAME
- 6 - Contatos:  
 Pediatras     Clínicos     Infectologista     Equipe de Enfermagem  
 Chefia de Enfermagem     Outros: \_\_\_\_\_
- 7 - Total de atendimento revisado: \_\_\_\_\_
- 8 - Número de casos suspeitos de sarampo encontrados: \_\_\_\_\_
- 9 - Lista dos casos: (Vide Verso)
- 10 - Número de casos suspeitos de rubéola encontrados: \_\_\_\_\_
- 11 - Lista dos casos: (Vide Verso)

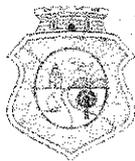
**085: Atendimento revisado se houver registro de febre e exantema, ter com atenção a história clínica para verificar se é compatível com o caso suspeito de sarampo ou de rubéola.**

### B – BUSCA ATIVA NA COMUNIDADE

- 1 – Localidade: \_\_\_\_\_
- 2 – Localização:  
 Urbana                     Rural
- 3 – Entrevistas:     Sim     Não    Nº de entrevistados: \_\_\_\_\_  
  Visita domiciliar:  Sim     Não    Nº de domicílios: \_\_\_\_\_
- 4 – Entrevista a profissionais de saúde:  
 Médico                     Auxiliar de enfermagem  
 Enfermeiro                     Técnico de enfermagem                     Outros: \_\_\_\_\_  
 Bioquímico                     Ag. Com. De Saúde                    Nº de entrevistas: \_\_\_\_\_
- 5 – Número de casos suspeitos encontrados: \_\_\_\_\_

Suspeito	Número	Notificados	Investigados	Não Notificados
Sarampo				
Rubéola				

Responsável pela Busca Ativa: \_\_\_\_\_



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Educação*



**BOLETIM MENSAL DAS ATIVIDADES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE**

<b>Unidade de Saúde:</b>	<b>Município:</b>	<b>Mês/Ano:</b>
--------------------------	-------------------	-----------------

**1 - Exame dos Sintomáticos Respiratórios**

1.1. - N° dos S.R. com baciloscopia positiva (+)		
1.2. - N° dos S.R. com baciloscopia negativa (-)		
1.3. - N° dos S.R. examinados para diagnóstico		
1.4. - N° de Controle com baciloscopia positiva (+)		
1.5. - N° de Controle com baciloscopia negativa (-)		

**2 - Movimento de Doentes**

2.1. - N° de doentes vindos do Mês anterior		
2.2. - Casos novos (s/ tratamento anterior)		
com baciloscopia positiva (+)		
com baciloscopia negativa (+)		
sem baciloscopia		
2.3. - Transferidos		
2.4. - Readmitidos		
2.5. - Total de doentes inscritos no mês (2.2+2.3+2.4)		
2.6. - Tratamento com DOTS positivo (+)		
2.6. - Tratamento com DOTS negativo (-)		

3 - N° de Doentes suspensos no Mês (vide verso)

4 - N° de Doentes que passam p/ o mês seguinte (2.1+2.5-3)

5 - N° de Comunicantes examinados dos Bacilíferos

6 - Abandono primário - Notificar (doentes com escarro positivo que não iniciaram tratamento)

7 - Total de pacientes em tratamento

7.1 - Esquema I (R+H+Z)		
7.2 - Esquema II (R+H+Z) - Meningite Tuberculosa		
7.3 - Esquema III (S+Et+E+Z) - Falência de Tratamento		
7.4 - Esquema III (R+H+Z+E) - Retratamento		
7.5 - Outros Esquemas		

<b>Responsável Técnico:</b>	<b>Data:</b>
-----------------------------	--------------



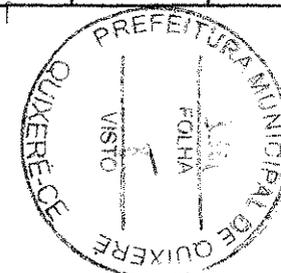
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE QUIXERÉ



PLANILHA DE CONTROLE DE OPORTUNIDADE DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIMENTO DE SURTOS DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS E ÁGUA - DTA

Município com mais de 100.000 habitantes	População	Número de DTA pelas SMS à SES até dia 05 de cada mês											
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Números de municípios que estão realizando notificação negativa de surto DTA até o dia 05 de cada mês													
Número de municípios com mais de 100.000 habitantes na UF													
% municípios com notificação negativa ou notificação de investigação até o dia 05 de cada mês													

RESPONSÁVEL PELA  
INFORMAÇÃO:



SINAM

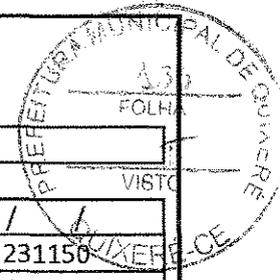
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Semana Epidemiologia

Nº

Agravo/doença:	<input type="text"/>
UF:	CE
Município de Not.:	QUIXERÉ
Unidade de Saúde:	<input type="text"/>

Data da Notificação:	<input type="text" value="1"/> / <input type="text" value="6"/> / <input type="text"/>
Cód. (IBGE):	231150
Cód. CNES:	<input type="text"/>



SINAM

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Semana Epidemiologia

Nº

Agravo/doença:	<input type="text"/>
UF:	CE
Município de Not.:	QUIXERÉ
Unidade de Saúde:	<input type="text"/>

Data da Notificação:	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text"/>
Cód. (IBGE):	231150
Cód. CNES:	<input type="text"/>

SINAM

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Semana Epidemiologia

Nº

Agravo/doença:	<input type="text"/>
UF:	CE
Município de Not.:	QUIXERÉ
Unidade de Saúde:	<input type="text"/>

Data da Notificação:	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text"/>
Cód. (IBGE):	231150
Cód. CNES:	<input type="text"/>

SINAM

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Semana Epidemiologia

Nº

Agravo/doença:	<input type="text"/>
UF:	CE
Município de Not.:	QUIXERÉ
Unidade de Saúde:	<input type="text"/>

Data da Notificação:	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text"/>
Cód. (IBGE):	231150
Cód. CNES:	<input type="text"/>

SINAM

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Semana Epidemiologia

Nº

Agravo/doença:	<input type="text"/>
UF:	CE
Município de Not.:	QUIXERÉ
Unidade de Saúde:	<input type="text"/>

Data da Notificação:	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text"/>
Cód. (IBGE):	231150
Cód. CNES:	<input type="text"/>

SINAM

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

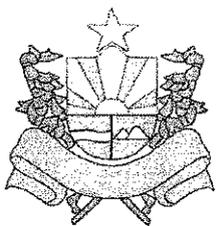
Semana Epidemiologia

Nº

Agravo/doença:	<input type="text"/>
UF:	CE
Município de Not.:	QUIXERÉ
Unidade de Saúde:	<input type="text"/>

Data da Notificação:	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text"/>
Cód. (IBGE):	231150
Cód. CNES:	<input type="text"/>





**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÉ**  
**ADMINISTRAÇÃO: "Quero mais Quixeré"**  
**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE QUIXERÉ**



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

01| Controle Digitação  
 04| Zona  
 VISTO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÉ

02| Município \_\_\_\_\_ 03| Código e nome da localidade \_\_\_\_\_

05| Categ. Localid. 06| Tipo 07| Ciclo/ano 08| Concluído? 09| Sem. Epidem. 10| Data Início 11| Data Final

1-sede / S - Sim / / / - / /

2-outros / 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 6 - PVE - Pesquisa Vetorial Especial

**RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO**

13| Total quart. concl. 14| Residência 15| Comércio 16| TB 17| PE 18| Outro 19| Total 20| Trat. Focal 21| Trat. Perifocal 22| Inspeccionados 23| Amostras Coletadas 24| Recusa 25| Fechados 26| Recuperados

TB - Terreno Baldio

PE - Ponto Estratégico

27| A1 28| A2 29| B 30| C 31| D1 32| D2 33| E 34| Total 35| Depósito Eliminado

**Nº depósitos tratados**

36| Tipo 37| Qtde. (Gramas) 38| Qtde. dep. trat. 39| Tipo 40| Qtde. (Gramas) 41| Qtde. dep. trat. 42| Tipo 43| Qtde. (Cargas) 44| Total de agentes na semana 45| Total dias Trabalhado na Semana

**RESUMO DO LABORATÓRIO**

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**

54| Residência 55| Comércio 56| Terreno Baldio 57| Ponto Estratégico 58| Outros 59| Total 60| Larvas 61| Pupas 62| Exúvia de pupas 63| Adultos

Com Aedes Aegypti

Com Aedes Albopictus

Outros

64| Nº e seq. dos quarteirões com Aedes Aegypti

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

65| Nº e seq. dos quarteirões com Aedes Albopictus

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

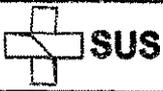
66| Nº e seq. dos quarteirões com Aedes Aegypti + Aedes Albopictus

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

67| Visto do Supervisor \_\_\_\_\_ 68| Data do visto \_\_\_\_\_







Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 2 - CNES \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_ 4 - Nº DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

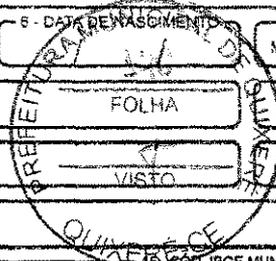
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ 6 - DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ 7 - SEXO \_\_\_\_\_ 8 - RAÇA/COR \_\_\_\_\_  
 MASC.  FEM.

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 - COD. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ 16 - UF \_\_\_\_\_ 17 - CEP \_\_\_\_\_



### FOLHA DE PROCEDIMENTOS

CÓD. DO PROCEDIMENTO _____	NOME DO PROCEDIMENTO _____	QTDE. _____
CÓD. DO PROCEDIMENTO _____	NOME DO PROCEDIMENTO _____	QTDE. _____
CÓD. DO PROCEDIMENTO _____	NOME DO PROCEDIMENTO _____	QTDE. _____

### DESCRIÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_ CID 10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_ CID 10 SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS \_\_\_\_\_

RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO \_\_\_\_\_

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_

### SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ DATA DA SOLICITAÇÃO \_\_\_\_\_ ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_

DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF \_\_\_\_\_ Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

### AUTORIZADOR

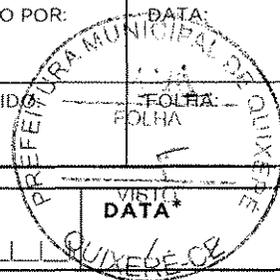
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_ COD. ÓRGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) \_\_\_\_\_

DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF \_\_\_\_\_ Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_

DATA DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_ ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_ PERÍODO DE VALIDADE DA APAC \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE \_\_\_\_\_ CNES \_\_\_\_\_



CNS DO PROFISSIONAL\*

CBO\*

CNES\*

INE\*

VISTO DATA\*

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA

CEP\*:

MUNICÍPIO\*:

UF\*:

BAIRRO\*:

TIPO DE LOGRADOURO\*:

NOME DO LOGRADOURO\*:

NÚMERO\*:

SEM NÚMERO

COMPLEMENTO:

PTO. REFERÊNCIA:

MICROÁREA\*

FA

TIPO DE IMÓVEL\*

TELEFONES PARA CONTATO

TEL. RESIDÊNCIA: ( )

TEL. CONTATO: ( )

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA\*

Próprio  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)/Meio(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:

Taipa:

Outros:

Com Revestimento  Sem Revestimento

Com Revestimento  Sem 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

ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO

Filtrada  Fervida  Clorada  Mineral  
 Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO

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

DESTINO DO LIXO

Coletado  Queimado/Enterrado  Céu Aberto  Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?

Sim  Não

QUAL(IS)?

Gato  Cachorro  Pássaro  Outros

Quantos: \_\_\_\_\_

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
_____	_____	/ /	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