

Novo



AÇÕES REALIZADAS

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território

**MODELO RAAS E VIGILÂNCIA
FREQUENTE**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ N.º _____

Endereço Completo e Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

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

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÉUTICO

Data ____ / ____ / ____



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Unidade Básico de Saúde

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA
Série H

UF SP 24 **Nº 384058** H **B**
GVS XXIV



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE MONTE ALTO**

SECRETARIA DA SAÚDE - VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Fone: (16) 3241-2659 / 3242-9459
Rua Floriano Cestari, 1199 - Centro - Monte Alto - SP

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

de _____ de 20 _____ Paciente-Nome _____

Assinatura do Emitente _____ Endereço _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____

Endereço _____

Telefone _____

Identidade Nº _____ Órgão Emissor _____

NOME DO VENDEDOR

DATA

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	DIR XVIII
SP	24 N.º 729526 GB2



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE MONTE ALTO**

SECRETARIA DA SAÚDE - VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Fone: (16) 3241-2659 / 3242-9459
Av. Com. Castro Ribeiro, 107 - Centro - Monte Alto - SP

_____ de _____ de _____

Paciente: _____

Assinatura do Emitente

Endereço: _____

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Identidade N.º: _____ Órgão Emissor: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor _____

Data ____/____/____



Prefeitura Municipal de Monte Alto

CLÍNICA DE ESPECIALIDADES

Sr.(a)

PRESCRIÇÃO DE LENTES:

LONGE	OD	
	OE	

DCO = MM

PERTO	OD	
	OE	

DCO = MM

OBSERVAÇÕES: _____

MOD. PMMA 004

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA:*

N°		1	2	3	4	5	6	7	8	
TURNO		(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	
N° PRONTUÁRIO										
N° CARTÃO SUS										
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)	
Local de Atendimento* (ver legenda)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SITUAÇÃO/CONDIÇÃO	Gestante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Puérpera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Viajante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IMUNOLÓGICO*	BCG	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Comun. Hansen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote								
	Hepatite B	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote								
		Fabricante								
	Pentavalente	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote								
		Fabricante								
VIP	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lote									
	Fabricante									
Pneumocócica 10V (conjugada)	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lote									
	Fabricante									
Rotavírus humano	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lote									
	Fabricante									
Meningocócica C (conjugada)	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lote									
	Fabricante									
Febre amarela	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lote									
	Fabricante									

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8
Triplíce viral	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
VOP	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Hepatite A	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Tetra viral	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabrjicante								
DTP	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Pneumocócica 23V	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
HPV	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Dupla adulto	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
dTpa (adulto)	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Influenza	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								

IMUNOBIOLOGICO*

OUTROS IMUNOBIOLOGICOS

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)
08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa
Estratégia de Vacinação: 01 - Rotina 02 - Especial 03 - Bloqueio 04 - Intensificação 05 - Campanha 07 - Soroterapia 10 - Multivacinação
Doses: DU - Dose única D - Dose DI - Dose inicial D1 - 1ª dose D2 - 2ª dose D3 - 3ª dose D4 - 4ª dose D5 - 5ª dose DA - Dose adicional
Rev - revacinação RU - reforço único Ref - reforço R1 - 1º reforço R2 - 2º reforço
*Campo obrigatório



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO - SP

ATESTADO MÉDICO

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

_____ esteve em consulta
no dia ____ / ____ / ____ das ____ às ____ h.

Devendo: Retornar ao trabalho

Ficar afastado de suas atividades por _____

(_____) dias, a partir de _____

Monte Alto, ____ / ____ / ____

Médico Responsável

item 9



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA DE MONTE ALTO - SP
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

ATESTADO MÉDICO

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

_____ esteve em consulta
no dia ____ / ____ / ____ das ____ às ____ h.

Devendo: Retornar ao trabalho

Ficar afastado de suas atividades por _____

(_____) dias, a partir de _____

Monte Alto, ____ / ____ / ____

Médico Responsável

Item 10.



PREFEITURA MUNICIPAL DE
MONTE ALTO
TRABALHO E DESENVOLVIMENTO RUMO AO FUTURO.
Secretaria da Saúde

CARTÃO DE IDENTIDADE E AGENDAMENTO

Nome: _____

Matricula nº: _____ Data de Matr.: _____

Data de Nasc.: _____ Sexo _____

US: _____

SEU ATENDIMENTO DEPENDE DA APRESENTAÇÃO DESTE CARTÃO

Item 11.



**CARTÃO DE AGENDAMENTO DE MEDICAMENTO
FARMÁCIA DE ALTO CUSTO
APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA**

Nome: _____

RG: _____

Medicamento: _____

ATENÇÃO

Horário de funcionamento: 11h às 16h
exceto às quintas-feiras.

Telefone: (16) 3244.4608 | 3244.4600

Item 12

RTO

DATA: ___/___/___

PARTO NORMAL: SEM EPISIOTOMIA COM EPISIOTEMIA

OPERATÓRIO: CESAREA FORCEPS

OUTROS: _____

ANESTESIA: _____

DEQUITAÇÃO: NORMAL PATOLÓGICA

ABORTAMENTO: DATA ___/___/___

IDADE AO ABORTO: _____ SEMANAS

INTERCORRÊNCIAS: _____

IG G ANTI - Rh: _____ CONDIÇÕES DE ALTA _____

RECÊM NASCIDO: _____

NATIVO: DE TERMO PREMATURO

NATIMORTO:

VITALIDADE: _____

PESO AO NASCER: _____ SEXO: _____ ESTATURA: _____ PC: _____

INTERCORRÊNCIAS: _____

CONDIÇÕES DE ALTA: _____

ASSINATURA DO MEDICO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

DEPENDÊNCIAS: _____

UNIDADE DE SAÚDE: _____

CARTEIRA DA GESTANTE

PRONTUÁRIO Nº: _____

NOME: _____ IDADE: _____ A

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

GESTÃO: _____ PARIDADE: _____ ABORTO: _____ CESAREAS: _____

ÚLTIMO PARTO HÁ: _____ NÚMERO DE FILHOS VIVOS: _____

ÚLTIMA MENSTRUÇÃO: ___/___/___

DATA PROVÁVEL DO PARTO: ___/___/___

Rh: _____ POSITIVO NEGATIVO

CONS.	IDA. GEST. (SEM)	DATA RETORNO	PESO	P.A.	ALTURA UTERINA	APRESENTAÇÃO	FOCO	M.F.	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO	RUBRICA MÉDICO
1ª											
2ª											
3ª											
4ª											
5ª											
6ª											
7ª											
8ª											
9ª											
10ª											
11ª											
12ª											

EXAMES DATA: ____/____/____	COLPOCITOLOGIA: DATA: ____/____/____	OBSERVAÇÕES (TOQUE-INTERCORRÊNCIA):
HT - HB: _____	RESULTADO: _____	
VDR: _____	OUTROS EXAMES: _____	
URINA I: _____		
FEZES: _____		
VACINAS ANTITÉTÂNICA: 1ª DOSE <input type="checkbox"/>		
2ª DOSE <input type="checkbox"/> 3ª DOSE <input type="checkbox"/> REFORÇO <input type="checkbox"/>		

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL
FICHA DE REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSE E TERAPIA (SADT II)

Nome da unidade requisitante		Nº de Ordem	
Cód. Unidade		Cód. Unidade	
Identificação do Paciente			
Matrícula	R.G.	DC	Seq.
Est.			
Nome		12 () Masc.	25 () Fem.
Município			
Suspeita Clínica			Cód. Munic.
Data Primeiros Sintomas / /			
<input type="checkbox"/> Uso de A T B			
<input type="checkbox"/> Outro medicamento			
Caso <input type="checkbox"/> Comunicante <input type="checkbox"/> de doença not. compulsória			
SADT Solicitado			
Código			
Material enviado			
<input type="checkbox"/> Diagnóstico		<input type="checkbox"/> Controle	
		Nº Sessões	
Data de requisição / /			
Nome da unidade que realizará o SADT			
Encaminhado para		<input type="checkbox"/> 1.ª Amostra	
		<input type="checkbox"/> 2.ª Amostra	
Endereço		Cód. Unidade	
		Telefone	
Assinatura do profissional responsável		CR	



FICHA DE
ATENDIMENTO
AMBULATORIAL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

CARIMBO COM CNPJ

Nº FOLHA

CÓDIGO

NÚMERO/ORDEM

DATA/ATENDIMENTO

Nº ORD.	MATRÍCULA	NOME DO PACIENTE	SEXO	IDADE	1º ATEND. NO ANO	TIPO	ESPEC.	PR	PROC.	DIAGNÓSTICO
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

Assinatura e Carimbo
do Profissional Responsável

CR

--	--	--	--	--	--

ASSINATURA DO PACIENTE

01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO
GUIA DE REFERÊNCIA



Nº CARTÃO SUS:		Nº DO PRONTUÁRIO DO SERVIÇO:	
NOME DO PACIENTE:			DATA DE NASCIMENTO:
NOME DA MÃE:		TELEFONES DE CONTATO:	
PARA UNIDADE DE SAÚDE:			
ESPECIALIDADE:		CONSULTA MARCADA PARA O DIA:	HORA:
ENDEREÇO:			
QUADRO CLÍNICO:			
RESULTADOS DE EXAMES (COM RESPECTIVAS DATAS) / TRATAMENTO REALIZADO:			
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:			

____/____/____
DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL
SE NECESSÁRIO, USAR O VERSO PARA COMPLEMENTAR AS INFORMAÇÕES



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO
GUIA DE CONTRA - REFERÊNCIA



DE UNIDADE DE ESPECIALIDADE:	ESPECIALIDADE:
PARA UNIDADE SOLICITANTE:	
NOME DO PACIENTE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
Nº CARTÃO SUS:	Nº DO PRONTUÁRIO DA UNIDADE SOLICITANTE:
PARECER DA ESPECIALIDADE:	
ORIENTAÇÃO À UNIDADE DE SAÚDE:	
ORIENTAÇÃO AO PACIENTE:	

____/____/____
DATA

MÉDICO - CRM

NOME:

Nº MATR.:

DATA	R	E	ATENDIMENTO	RUBRICA



PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE MONTE ALTO
"Dr. Adauto Freire de Andrade"

DECLARAÇÃO

Informo a quem possa interessar que

compareceu neste estabelecimento de saúde, no dia

_____/_____/_____, das _____ às _____,

onde passou por consulta médica, devendo retornar às suas atividades normais.

Sem mais, atentamente.

Monte Alto, _____ de _____ de 20_____.

(Assinatura e Carimbo do Médico)



PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE MONTE ALTO

"Dr. Adauto Freire de Andrade"



PRONTO SOCORRO MUNICIPAL MONTE ALTO - SP

Rua Jeremias de Paula Eduardo, 2287 - Fones: 192 / 3242-3747 / 3243-3636

Pac.: _____

Quarto: _____ Leito: _____

Soluto _____

Correr. _____ gts. p/ min. em _____

Enferm. _____ Dr. _____

Obs. _____



Prefeitura Municipal de Monte Alto
Secretaria Municipal da Saúde

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Data:

Nome:

Acompanhante

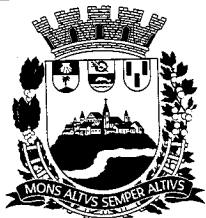
Sim

Não

Declaro, que estou ciente que o horário de RETORNO de RIBEIRÃO PRETO, será às 16:00 hs, devendo estar no local onde fui DEIXADO pela manhã e se não estiver no local no horário, perderei a condução e não será responsabilidade da Prefeitura Municipal em ir me buscar.

Nome do Paciente

Endereço



SECRETARIA DA SAÚDE

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Para uso da Repartição

Alvará

AUTO DE VISTORIA SANITÁRIA Nº _____

Estabelecimento [] Comercial [] Industrial [] P. Serviços [] Outros []

Inscrição Municipal: _____

Empresa / Razão Social: _____

Endereço: _____

CNPJ / CPF: _____

Atividade: _____

RELATÓRIO DE INSPEÇÃO

Segurança do Prédio: [] Ótima [] Boa [] Regular [] Ruim

Higiene do Prédio: [] Ótima [] Boa [] Regular [] Ruim

Perímetro: [] Urbano [] Rural

Número de Empregados: _____ Prédio: [] Próprio [] Alugado

Observações: _____

Prefeitura Municipal de Monte Alto _____ / _____ / _____

Fiscal Sanitário

Proprietário



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

SECRETARIA DE SAÚDE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº de Cadastro

uso interno da Repartição

SÉRIE A

0102

AUTO DE INFRAÇÃO

Aos _____ dias do mês de _____ de 20 _____
às _____ horas, eu _____
no exercício das atribuições como membro da equipe de Vigilância Sanitária, verifiquei que _____

_____ residente à _____
_____ estabelecido à _____
_____ em _____
com _____
incorreu em infração por _____

_____ contrariando _____ o disposto no(s) artigo(s) _____
conforme _____

combinado com o artigo 5º da Lei Municipal 1971/97 e Lei Complementar 111/01, estando sujeito às penas previstas no artigo 568 do regulamento aprovado pelo Decreto Estadual 12.342/78 e capituladas no artigo 570 do mesmo regulamento ou artigo 2º da Lei Federal 6.437/77 e capituladas no artigo 10 da mesma lei.

Ficando concedido o prazo de 03 dias para defesa ou impugnação deste AUTO, de acordo com legislação sanitária vigente.

Ciente em _____ / _____ / _____

(Data)

Assinatura e identificação do Atuado

Assinatura e Identificação da Autoridade Sanitária

Testemunhas (quando o infrator recusar assinar ou for analfabeto)

a) _____

#E 2017

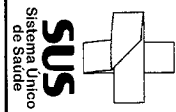
Observações:

Lined area for observations, containing faint, illegible text.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO
CENTRO OPERACIONAL DE URGÊNCIAS E REMOÇÕES
Check-list de Viaturas

COUR



CENTRO OPERACIONAL
 DE URGÊNCIAS E REMOÇÕES
COUR

Secretaria da Saúde - Monte Alto/SP

CZA-9176

CZA-9150

DJM-1593

GHV-9594

GEO-2925

COA-1447

SLV-6562

DATA: _____

	Kilometragem	Nível de Água do Radiador	Bateria	Nível do Óleo do Motor	Nível do Óleo do Freio	Comb.	Pneus	Susp.	Cinto de Segurança	Sistema Elétrico	Volante	Sistema Hidraul.	Lubrif. e Limpeza	Puntilaria e Pintura	Extintor
Plantão															
Diurno															
Noturno															

OBSERVAÇÕES E ALTERAÇÕES

CONDUTOR	Coordenador do COUR/SAMU	Coordenador de Manutençã
Plantão Diurno		
Plantão Noturno		



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO
CENTRO OPERACIONAL DE URGENCIAS E REMOÇÕES
Registro e Controle de Remoções

Secretaria da Saúde - Monte Alto/SP



Nome do paciente: _____

Origem do chamado: _____

Destino: _____

Data: ____/____/____

Hora da Saída: _____

Motorista: _____

Enfermagem: _____

Hora da Chegada: _____

Viatura: _____

Placa: _____

Km Inicial: _____

Responsável do Chamado: _____

Km Final: _____

Observações: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO
CENTRO OPERACIONAL DE URGÊNCIAS E REMOÇÕES
Registro do Atendimento de Enfermagem



COUR

DATA: ____ / ____ / ____

Secretaria da Saúde - Monte Alto/SP

Hora do Chamado: [] : [] **Chegada ao Local:** [] : [] **Saída do Local:** [] : []

Chegada ao Hospital: [] : [] **Pronto para a ação:** [] : []

Acionamento por: () PM () Vítima () Familiar () Popular () Outros

Nome da vítima _____

Sexo: () M () F **Idade:** ()

Endereço: _____

Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____

LOCAL DO ATENDIMENTO

RESIDÊNCIA VIA PÚBLICA HOSPITAL UBS _____
 OUTRO _____

TIPIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

AGRAVO CLÍNICO APOIO AO SAMU REMOÇÃO TRASLADO INTER-UNID.
 AGRAVO TRAUMÁTICO APOIO À UR / PM TRASLADO INTER-HOSP _____

TRASLADO INTER UNIDADES DE SAÚDE / INTER HOSPITALAR

APOIO DIAGNÓSTICO OUTRO _____
 TRANSFERÊNCIA INTER MUNICIPAL RDI Nº _____ COM MÉDICO SEM MÉDICO

TIPO DE OCORRÊNCIA TRAUMÁTICA

ACID. AUTOMOBILÍSTICO AGRESS. INTERPESSOAL EXPLOSÃO TENTATIVA DE SUICÍDIO
 ACID. CICLÍSTICO ATROPELAMENTO FERIM. ARMA BRANCA _____
 ACID. MOTOCICLÍSTICO ELETROCUSSÃO FERIM. ARMA DE FOGO CINTO SEGURANÇA [S] [N]
 ACID. SUBMERSÃO ESMAGAMENTO QUEDA ALTURA ____ M CAPACETE [S] [N]

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Abertura ocular
Abre espontaneamente 4 ()
Com estímulos auditivos 3 ()
Com estímulos dolorosos 2 ()
Não abre os olhos 1 ()
Melhor resposta verbal
Orientado 5 ()
Confuso 4 ()
Palavras inapropriadas 3 ()
Sons ou gemidos 2 ()
Nenhuma 1 ()
Melhor Resposta Motora
Obedece a comandos 6 ()
Localiza dor 5 ()
Flexão normal 4 ()
Flexão anormal 3 ()
Extensão a dor 2 ()
Nenhuma 1 ()

SINAIS VITAIS

PA: _____ x _____ mmhg

P: _____ bat/min.

R: _____ mov/min.

Pupilas

Isocóricas ()

Anisocóricas ()

Miose ()

Midriase ()

Reação a Luz

Direito () Sim () Não

Esquerdo () Sim () Não

ESCORE DO GLASGLOW IGUAL:

LESÕES EVIDENTES

Lesão Local	Contusão Escoriação	Laceração Avulsão	Amputação	Perfurante	Osteo- Articular	Esmagamento	Queimadura
Crânio							
Face							
Olhos							
Pescoço							
Tórax							
Abdome							
Pelve/Bacia							
Coluna							
MID							
MIE							
MSD							
MSE							

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

RESPIRATÓRIOS	CIRCULATÓRIOS	IMOBILIZAÇÕES	OUTROS
<input type="checkbox"/> Guedel <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Ventilação Ambu <input type="checkbox"/> Oxigenioterapia	<input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Curativo compressivo <input type="checkbox"/> Monitorização <input type="checkbox"/> Reposição volêmica	<input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Prancha longa <input type="checkbox"/> Prancha Curta/KED <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE	<input type="checkbox"/> Oximetria _____ <input type="checkbox"/> Glicosimetria _____ <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Orientações gerais <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Punção Venosa Perif.

Remoção / Destino

Hospital: _____

Observações: _____

Prof. Enfermagem: _____ Coren: _____

Motorista: _____

<input type="checkbox"/> recusa de atendimento	<input type="checkbox"/> recusa de remoção
--	--

Eu _____ **portador do RG:** _____
 _____ **assumo a responsabilidade na recusa de atendimento / remoção oferecido pelo**
Centro Operacional de Urgência e Remoções (COUR), de Monte Alto/SP mesmo que isso traga maiores danos
a minha saúde, isentando o Sistema de Urgências e Remoções da cidade de Monte Alto/SP.

_____, _____ de _____ 20____

Ass: _____

Testemunha: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: SAMU REGIONAL RIBEIRÃO PRETO
REGISTRO DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO - USB



IDENTIFICAÇÃO DO CHAMADO / PACIENTE

USB: [] DATA: [][][] HORA DA SOLICITAÇÃO: [] : [] Nº FICHA [][][]
MOTIVO DO CHAMADO: _____
PACIENTE: _____ NOME RESPONSÁVEL: _____
IDADE: [][][] A [] M [] D [] SEXO M [] F [] DESCONHECIDO []
ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO: _____

HORÁRIOS DE PERCURSO

SAÍDA PARA ATENDIMENTO: [] : [] CHEGADA NO LOCAL: [] : []
SAÍDA DO LOCAL: [] : [] CHEGADA NO DESTINO: [] : []

LOCAL DO ATENDIMENTO

[] RESIDÊNCIA [] VIA PÚBLICA [] HOSPITAL: _____ [] UMS _____
[] OUTRO _____

TIPIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

[] AGRAVO CLÍNICO [] APOIO À USA [] REMOÇÃO [] TRASLADO INTER-UNID.
[] AGRAVO TRAUMÁTICO [] APOIO À UR / PM [] TRASLADO INTER-HOSP [] _____

TRASLADO INTER UNIDADES DE SAÚDE / INTER HOSPITALAR

[] APOIO DIAGNÓSTICO _____ [] OUTRO _____
[] TRANSFERÊNCIA INTER MUNICIPAL RDI Nº _____ [] COM MÉDICO [] SEM MÉDICO

TIPO DE OCORRÊNCIA TRAUMÁTICA

USO DE EPI

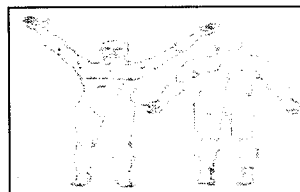
[] ACID AUTOMOBILÍSTICO [] AGRESS. INTERPESSOAL [] EXPLOÇÃO [] TENTATIVA DE SUICÍDIO
[] ACID. CICLÍSTICO [] ATROPELAMENTO [] FERIM. ARMA BRANCA [] _____
[] ACID MOTOCICLÍSTICO [] ELETROCUSSÃO [] FERIM. ARMA DE FOGO [] CINTO SEGURANÇA [S] [N]
[] ACID. SUBMERSÃO [] ESMAGAMENTO [] QUEDA ALTURA [] M [] CAPACETE [S] [N]

SINAIS E SINTOMAS

[] ABALOS TÔN./CLÔNICO [] DISPNEIA [] INCONSCIÊNCIA [] PLEGIA [] D [] E
[] AGITAÇ. PSICOMOTORA [] DOR ABDOMINAL [] HÁLITO ALCOÓLICO [] PULSO NÃO PALPÁVEL
[] AGRESSIVO [] DOR DE CABEÇA [] INGESTÃO MED./OUTRO [] QUEIMADURA [1º] [2º] [3º]
[] ALTERAÇÃO PSIQUIATR. [] DOR DE ESTÔMAGO [] IRRITAÇÃO OCULAR [] SANGRAM. VAGINAL
[] ALTERAÇÃO PA +/- [] DOR EM FLANCO [] INSUF. RESPIRATÓRIA [] SANGRAM _____
[] ANISOCORIA [] DOR NAS COSTAS [] MAL ESTAR [] SINAIS/SINT DIABETES
[] CONFUSÃO MENTAL [] DOR TORÁCICA [] MIDRÍASE [] D [] E [] SUDORESE
[] CORPO ESTRANHO [] DOR _____ [] PALIDEZ CUTANEO MUC [] SUSPEITA DE ÓBITO
[] DEAMBULA C/ DIFICULD. [] ENCHIMEN CAPILAR >3SEG [] OBSTR. VIAS AÉREAS [] TONTURA
[] DESALINHAM. ÓSSEO [] ENCHIMEN CAPILAR < 3SEG [] PARADA CARD. RESPIR. [] TRABALHO DE PARTO
[] DESMAIO [] ENTORSE / LUXAÇÃO [] PARESIA [] D [] E [] VAS OBSTRUÍDA
[] DESVIO DE RIMA LABIAL [] EXTREMIDADE FRIA [] PELE FRIA E PÁLIDA [] VAS DESOBSTRUÍDA
[] DIARRÉIA [] FEBRE [] PICADA ANIMAL PEÇON. [] VÔMITOS
[] DOR ARTICULAR [] FCC VIDRO/LÂMIDA/PREGO [] PICADA DE INSETO [] _____

TIPOS E LOCALIZAÇÕES DOS AGRAVOS TRAUMÁTICOS

1 ABRASÃO 6 DESALINHAM. MEMBRO 11 HEMATOMA
2 AMPUTAÇÃO 7 DOR À PALPAÇÃO 12 INSTABILIDADE PÉLVICA
3 CONTUSÃO 8 EDEMA 13 LACERAÇÃO
4 CREPITAÇÃO ÓSSEA 9 ESCORIAÇÃO 14 QUEIMADURA
5 DEFORMAÇÃO 10 FER. CORTO CONTUSO 15 _____



PACIENTE: _____

DATA: _____

SINAIS VITAIS E ESCORES

PA: _____ MMHG FC: _____ BPM FR: _____ IRPM SAT O² _____ %
 PA: SISTÓLICA DIASTÓLICA TAX: _____ °C NÃO FOI POSSÍVEL AFERIR SIN. VITAIS

AO: 4 ESPONTÂNEA 3 ESTÍM. VERBAL 2 ESTÍM. DOLOROSO 1 AUSENTE
 MRV: 5 ORIENTADO 4 CONFUSA 3 PAL INAPROPRIA 2 SOM INCOMP 1 AUSENTE
 MRM: 6 OBED COMANDO 5 LOCAL DOR 4 RET. MEMBRO 3 DECORTICAÇÃO 2 DESCEREBRAÇÃO 1 AUSENTE

ECG	PA SISTÓLIC	FREQ. RESP	ESC TRAUMA	ESCALA COMA DE GLASGOW		AVALIAÇÃO DAS PUPILAS	
13-15	4 > 89	4 10 a 29	4 R T S	ABERT. OCULAR	<input type="checkbox"/>	ISOCÓRICA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9 a 12	3 76 a 89	3 > 29	3 ECG	MELHOR RESP. VERBAL	<input type="checkbox"/>	ANISOCÓRICA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 a 8	2 50 a 75	2 6 a 9	2 PAS	MELHOR RESP MOTORA	<input type="checkbox"/>	ANISOCÓRICA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 a 5	1 1 a 49	1 1 a 5	1 FR	TOTAL =	<input type="checkbox"/>	MIDRIÁTICA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	0 3	0 0	0 TOTAL	ECG	<input type="checkbox"/>	MIÓTICA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VAS | <input type="checkbox"/> FLUIDOTERAPIA | <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO C/ TALAS | <input type="checkbox"/> MONIT. SINAIS VITAIS |
| <input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA AO PARTO | <input type="checkbox"/> GLICOSIMETRIA _____ MG/DL | <input type="checkbox"/> LIBERAÇ. VIAS AÉREAS | <input type="checkbox"/> OXIGENIOTERAPIA _____ L |
| <input type="checkbox"/> AUX. PROCED INVASIVO | <input type="checkbox"/> INSTALAÇÃO CAN GUEDEL | <input type="checkbox"/> R C P - S B V | <input type="checkbox"/> PUNÇÃO VENOSA PERIF. |
| <input type="checkbox"/> CONTENÇÃO MECÂNICA | <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO CERVICAL | <input type="checkbox"/> MEDICAÇÃO VO EV IM | <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO COM AMBÚ |
| <input type="checkbox"/> CURATIVO _____ | <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO C PRANCHA | <input type="checkbox"/> MONI NÍV CONSCIÊNCIA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> EXTRICAÇÃO | <input type="checkbox"/> IMOBIL PROT. LAT. CABEÇA | <input type="checkbox"/> MONIT SATURAÇÃO O ² | <input type="checkbox"/> |

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

MATERIAIS / MEDICAMENTOS UTILIZADOS

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ABOCATH Nº _____ | <input type="checkbox"/> EQUIPO DE SORO | <input type="checkbox"/> KIT DE PARTO | <input type="checkbox"/> SERINGA _____ ML |
| <input type="checkbox"/> ÁGUA DESTILADA | <input type="checkbox"/> ESCALPE Nº _____ G | <input type="checkbox"/> LUYA PROCEDIM. PAR | <input type="checkbox"/> SONDA ASPIRAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> AGULHA Nº _____ | <input type="checkbox"/> ESPARADRAPO (10CM) | <input type="checkbox"/> MANTA TÉRMICA | <input type="checkbox"/> SOL GLIC _____ % _____ ML |
| <input type="checkbox"/> ALGODÃO | <input type="checkbox"/> FITA DE GLICOSÍMETRO | <input type="checkbox"/> PAPEL LENÇOL (2M) | <input type="checkbox"/> SOL. FISIOLÓGI. _____ ML |
| <input type="checkbox"/> AT CREPON _____ CM | <input type="checkbox"/> GAZE (PACOTE) | <input type="checkbox"/> RING. LACTATO _____ ML | <input type="checkbox"/> ZOBEC |

EQUIPAMENTOS UTILIZADOS

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> AMBÚ ADULT / INFANTIL | <input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL | <input type="checkbox"/> MÁSCARA O2 RESERV | <input type="checkbox"/> PROTETOR LAT CABEÇA |
| <input type="checkbox"/> ASPIRADOR CIRURGICO | <input type="checkbox"/> DEA - DESFIBRILADOR | <input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO | <input type="checkbox"/> PONTA RÍGIDA |
| <input type="checkbox"/> CANULA GUEDEL Nº _____ | <input type="checkbox"/> GLICOSÍMETRO | <input type="checkbox"/> PRANCHA LONGA | <input type="checkbox"/> TALA DE IMOBILIZAÇÃO |

CONDUTA / DESTINO FINAL

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> HOSPITAL _____ | EM _____ | <input type="checkbox"/> ÓBITO NO LOCAL |
| <input type="checkbox"/> UMS _____ | <input type="checkbox"/> UPA _____ | EM _____ |
| <input type="checkbox"/> PCTE NÃO LOCALIZADO | <input type="checkbox"/> ENDER NÃO LOCALIZADO | <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> UR <input type="checkbox"/> 3º |
| <input type="checkbox"/> DISPENSADO / RECUSA POR _____ | | <input type="checkbox"/> TROTE |

PASSAGEM DE PLANTÃO

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO _____ FUNÇÃO: _____
 PERTENCES _____ SENHARDI _____

EQUIPE DE TRABALHO

MOTORISTA _____ AUX / TEC. ENFERMAGEM _____ Nº COREN: _____

UF CNES da Unidade de Saúde N° Protocolo
(n° gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde
 Código Município Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS* Sexo Masculino Feminino

Nome Completo do(a) paciente* Apellido 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 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="text"/>	Biópsia cirúrgica incisional	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica excisional	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Centralectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Segmentectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Ductectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora pele	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Linfadenectomia axilar	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Biópsia de linfonodo sentinela	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Reconstrução mamária	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastoplastia redutora	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Inclusão de implantes	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Não fez cirurgia		

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

7a. Achados no exame clínico

Mama direita

Lesão papilar Descarga papilar Cristalina Hemorrágica

Nódulo:

Localização
 QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:

Localização
 QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo palpável Axilar Supradavicular

Mama esquerda

Lesão papilar Descarga papilar Cristalina Hemorrágica

Nódulo:

Localização
 QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:

Localização
 QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo palpável Axilar Supradavicular

7b. Controle radiológico Categoria 3

<input type="checkbox"/>	nódulo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	distorção focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	linfonodo axilar	<input type="checkbox"/>

7c. Lesão com diagnóstico de câncer

<input type="checkbox"/>	nódulo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	distorção focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	linfonodo axilar	<input type="checkbox"/>

7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

Mama direita
 Mama esquerda

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

<input type="checkbox"/>	Mama direita	Categoria 0	<input type="checkbox"/>	Mama esquerda
<input type="checkbox"/>		Categoria 3	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		Categoria 4	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		Categoria 5	<input type="checkbox"/>	

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

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

8 - Mamografia de rastreamento

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

Data de solicitação*

Responsável*

____/____/____

Número do Exame: _____

Número a 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 supradavicular)

7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-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 da 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 - história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

Localização:
QSL - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQlat - União dos quadrantes laterais
UQsup - União dos quadrantes superiores

UQinf - União dos quadrantes inferiores
UQmed - União dos quadrantes mediais
RRA - Região retroareolar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)
PA - Prolongamento axilar
NR - Não realizado

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF _____ CNES da Unidade de Saúde _____ N° Protocolo _____
 (n° gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde _____

Município _____ Prontuário _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS* _____

Nome Completo da Mulher* _____

Nome Completo da Mãe* _____

CPF _____

Apelido da Mulher _____

Nacionalidade _____

Data de Nascimento* _____ Idade _____

Raça/cor _____
 Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia _____

Dados Residenciais

Logradouro _____

Número _____ Complemento _____

Bairro _____ UF _____

Código do Município _____ Município _____

CEP _____ DDD _____ Telefone _____

Ponto de Referência _____

Escolaridade: Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*
 Rastreamento
 Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)
 Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)

2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*

Sim. Quando fez o último exame? ano _____

Não Não sabe

3. Usa DIU? Sim Não Não sabe

4. Está grávida? Sim Não Não sabe

5. Usa pílula anticoncepcional?*

Sim Não Não sabe

6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*

Sim Não Não sabe

7. Já fez tratamento por radioterapia?*

Sim Não Não sabe

8. Data da última menstruação / regra:*

_____/_____/_____ Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*

(não considerar a primeira relação sexual na vida)

Sim Não / Não sabe / Não lembra

10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*

(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)

Sim Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo*
 Normal
 Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
 Alterado
 Colo não visualizado

12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
 Sim Não

NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.

Data da coleta* _____ Responsável* _____

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório* _____

Número do Exame* _____

Nome do Laboratório* _____

Recebido em: * _____ / _____ / _____

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AValiação PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

- Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
- Lâmina danificada ou ausente
- Causas alheias ao laboratório; especificar: _____
- Outras causas; especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:*

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*

Satisfatória

Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:

- Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
- Sangue em mais de 75% do esfregaço
- Piócitos em mais de 75% do esfregaço
- Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço
- Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
- Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
- Outros, especificar: _____

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

- Sim Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- Inflamação
- Metaplasia escamosa imatura
- Reparação
- Atrofia com inflamação
- Radiação _____
- Outros, especificar: _____

MICROBIOLOGIA

- Lactobacillus sp
- Cocos
- Sugestivo de Chlamydia sp
- Actinomyces sp
- Candida sp
- Trichomonas vaginalis
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes
- Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)
- Outros bacilos _____
- Outros, especificar: _____

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

- Escamosas: Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
 Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)

- Glandulares: Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau

- De origem indefinida: Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- Carcinoma epidermóide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- Adenocarcinoma "in situ"
- Adenocarcinoma invasor: Cervical
 Endometrial
 Sem outras especificações

- OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____
- PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: _____

Screening pelo citotécnico: _____

Responsável* _____

Data do Resultado* _____

_____/_____/_____

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	/ /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO: _____

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? Sim Não

CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR: _____

MICROÁREA* FA

NOME COMPLETO*: _____

NOME SOCIAL: _____ DATA DE NASCIMENTO*: / / SEXO*: F M

RAÇA/COR*: Branca Preta Parda Amarela Indígena Etnia**: _____ Nº NIS (PIS/PASEP): _____

NOME COMPLETO DA MÃE*: _____ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI*: _____ Desconhecido

NACIONALIDADE*: Brasileira Naturalizado Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO**: _____ DATA DE NATURALIZAÇÃO**: / /

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO**: _____ MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO**: _____

DATA DE ENTRADA NO BRASIL**: / / TELEFONE CELULAR: () E-MAIL: _____

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

Cônjuge/Companheiro(a) Filho(a) 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 8ª)

Pré-escola (exceto CA) Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)

Classe de Alfabetização - 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

Servidor público/militar Outro

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

FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? Sim Não PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? Sim Não POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? Sim Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? Sim Não SE SIM, QUAL? _____

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? Sim Não

SE SIM, QUAL? Heterossexual Bissexual Outra Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? Sim Não

SE SIM, QUAL? Homem transexual Travesti Mulher transexual Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?* Sim Não

SE SIM, QUAL(IS)? Auditiva Intelectual/Cognitiva Outra Visual Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO Mudança de território Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE: Data do óbito: ** / / Número da D.O.: _____

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

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

Assinatura _____

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

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

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

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

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

FA: Fora de Área

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR:	DATA:
CONFERIDO:	FOLHA:

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

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA

CEP*: _____ MUNICÍPIO*: _____ UF*: _____

BAIRRO*: _____ TIPO DE LOGRADOURO*: _____ NOME DO LOGRADOURO*: _____

NÚMERO*: SEM NÚMERO COMPLEMENTO: _____ PTO. REFERÊNCIA: _____ MICROÁREA* FA

TIPO DE IMÓVEL* _____

TELEFONES PARA CONTATO

TEL. RESIDÊNCIA: () _____ TEL. CONTATO: () _____

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*

Próprio 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

Pavimento Chão Batido Fluvial Outro

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO

Alvenaria/Tijolo:	Taipa:	Outros:
<input type="radio"/> Com Revestimento	<input type="radio"/> Com Revestimento	<input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha
<input type="radio"/> Sem Revestimento	<input type="radio"/> Sem Revestimento	<input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> 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

ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO

Filtrada Fervida Clorada Mineral

Sem Tratamento

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

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:

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

 Sim Não**IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA**

NOME:

CNS DO RESPONSÁVEL:

CARGO NA INSTITUIÇÃO:

TEL. CONTATO:

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

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

Assinatura

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

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

FA: Fora de Área

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

* Campo obrigatório

** Campo com obrigatoriedade condicional

Problema/Condição avaliada *		Nº																												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13																
Doenças transmissíveis	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
Rastreamento	Câncer do colo da útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
Outros	CIAP-2																													
	CIAP-2																													
	CID-10																													
	CID-10																													
Exames solicitados (S) e avaliados (A)	Coolesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A			
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	EAS/EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletrocardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletroforese de hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Espirometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemoglobina glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia de sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste de gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Triagem neonatal	Teste da orelhinha (EOA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste do olhinho (TRV)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Outros exames (código do SIGTAP)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Ficou em Observação?		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Nasf/Polo	Avaliação/Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Procedimentos Clínicos/Terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Prescrição terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Conduta/Desfecho *	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Agendamento para grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Alta do episódio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Encaminhamento	Encaminhamento interno no dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ serviço especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ internação hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Encaminhamento intersetorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)

Modalidade de AD: 08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa **Aleitamento materno:** 01 - Exclusivo 02 - Predominante

03 - Complementado 04 - Inexistente **Racionalidade em saúde:** 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia Aplicada à Saúde

03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alopátia/Convencional, deixar este campo em branco)

Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD3: usuários com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - MONTE ALTO
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA**

FICHA A	Endereço			Nº	Bairro	CEP
	Município	Segmento 01	Área 001	Microárea	Família	15910-000

CADASTRO DA FAMÍLIA

Pessoas com 15 anos e mais Nome	Data Nasc.	Idade	Sexo	Alfabet.		Ocupação	Doença ou Cond. Referida (sigla)
				S	N		

Pessoas de 0 a 14 anos. Nome	Data Nasc.	Idade	Sexo	Alfabet.		Ocupação	Doença ou Cond. Referida (sigla)
				S	N		

Siglas para indicação das doenças e/ou condições relendas

ALC Alcoolismo	EPI Epilepsia	TB Tuberculose
CHA Chagas	GES Gestação	D. Respiratório
DEF Deficiência	HÁ Hipertensão Arterial	D. Respiratório
DIA Diabetes	HAN Hanseníase	D. Respiratório
DME Distúrbio Mental	MAL Malária	

Siglas para indicação da ocupação

01 Assalariado / diarista urbano	PESC Pescador
02 Assalariado / diarista rural	CC Trabalhador construção civil
03 Pequeno comerciante	DOM Trabalho doméstico (diarista assalariado)
04 Pequeno proprietário rural	OUT Outros
05 Arrendatário	

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA

Tijolo / Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material Aproveitado	
Outro - Especificar	
Número de cômodos	
Energia Elétrica	

TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO

Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem Tratamento	

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Rede Pública	
Poço	
Nascente	
Outros	

DESTINO DO LIXO

Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	

DESTINO DE FEZES E URINA

Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu Aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

CASO DE DOENÇA PROCURAR

Hospital	
Unidade de Saúde	
Benedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS

	Pais	Mãe	Filhos
Cooperativa			
Grupo religioso			
Associações			
Outros - Especificar			

MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA

Rádio	
Televisão	
Jornal	
Revista	
Outros - Especificar	

MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA

Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar	

Alguém na família possui plano de saúde?

Número de pessoas coberta por plano de saúde:

Nome do plano de saúde:

OBSERVAÇÕES

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

CNS DO CIDADÃO:

Nome do Cidadão*:
Data de nascimento*: / /

Sexo*: Feminino Masculino

Local de Atendimento*:

CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>						
	Mingau	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Água/chá	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Fórmula infantil	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Fruta	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez	<input type="radio"/> 2 vezes	<input type="radio"/> 3 vezes ou mais	<input type="radio"/> Não Sabe		
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez	<input type="radio"/> 2 vezes	<input type="radio"/> 3 vezes ou mais	<input type="radio"/> Não Sabe		
	Se sim, essa comida foi oferecida:	<input type="radio"/> Em pedaços	<input type="radio"/> Amassada	<input type="radio"/> Passada na peneira	<input type="radio"/> Liquidificada	<input type="radio"/> Só o caldo	<input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>						
	Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Iogurte	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Fígado	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Feijão	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe				
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS**	Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã	<input type="checkbox"/> Lanche da manhã	<input type="checkbox"/> Almoço	<input type="checkbox"/> Lanche da tarde	<input type="checkbox"/> Jantar	<input type="checkbox"/> Ceia
	<i>Ontem, você consumiu:</i>						
	Feijão	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			

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

* Campo obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA N°:

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA:*

_____-____

/ /

TURNO:* (M)(T)(N)

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: Educação Saúde

CNS DO PROFISSIONAL

CBO***

LOCAL DE ATIVIDADE

_____-____

N° INEP (ESCOLA/CRECHE)***

CNES

_____-____

OUTRA LOCALIDADE:

_____-____

N° DE PARTICIPANTES*

N° DE AVALIAÇÕES ALTERADAS

_____-____

ATIVIDADE (opção única)*

TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***

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

- 01 Questões administrativas/Funcionamento
- 02 Processos de trabalho
- 03 Diagnóstico do território/Monitoramento do território
- 04 Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
- 05 Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
- 06 Educação Permanente
- 07 Outros

ATIVIDADE (opção única)*

- 04 Educação em saúde
- 05 Atendimento em grupo
- 06 Avaliação/Procedimento coletivo
- 07 Mobilização social

PÚBLICO-ALVO

(opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)

TEMAS PARA SAÚDE

(opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)

PRÁTICAS EM SAÚDE

(opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)

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

Obrigatório somente para antropometria

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

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

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório ao informar lista de participantes

***Campo com obrigatoriedade condicionada

Procedimentos/Pequenas cirurgias* Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)															
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)															
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)															
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)															
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)															

Procedimentos consolidados

Total no período	Aferição de PA	LLL	
	Aferição de temperatura	LLL	
	Curativo simples	LLL	
	Coleta de material para exame laboratorial	LLL	
	Glicemia capilar	LLL	
	Medição de altura	LLL	
	Medição de peso	LLL	

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

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)
08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

* Campo obrigatório

5



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

“Saúde; Direito de Todos

MATRÍCULA N.º _____

NOME _____

U. B. S. _____



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL (INDIVIDUALIZADO) - BPA-I

MÊS/ANO

FOLHA

Dados Operacionais

UF Código CNES

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNS DO PROFISSIONAL

CBO

ATENDIMENTO REALIZADO

SEQ.	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO USUÁRIO	NOME DO PACIENTE	DATA NASCIMENTO (dd/mm/aaaa)	COD. IBSGE MUNIC. RESIDÊNCIA					
01	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F DATA DO ATENDIMENTO (dd/mm/aaaa)	CODIGO PROCEDIMENTO	QTD	CID-10	CAR. ATEND.	RAÇA COR	NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO	DATA NASCIMENTO (dd/mm/aaaa)	COD. IBSGE MUNIC. RESIDÊNCIA
02	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO USUÁRIO	NOME DO PACIENTE	DATA NASCIMENTO (dd/mm/aaaa)	COD. IBSGE MUNIC. RESIDÊNCIA					
03	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO USUÁRIO	NOME DO PACIENTE	DATA NASCIMENTO (dd/mm/aaaa)	COD. IBSGE MUNIC. RESIDÊNCIA					
04	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO USUÁRIO	NOME DO PACIENTE	DATA NASCIMENTO (dd/mm/aaaa)	COD. IBSGE MUNIC. RESIDÊNCIA					
05	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO USUÁRIO	NOME DO PACIENTE	DATA NASCIMENTO (dd/mm/aaaa)	COD. IBSGE MUNIC. RESIDÊNCIA					
06	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO USUÁRIO	NOME DO PACIENTE	DATA NASCIMENTO (dd/mm/aaaa)	COD. IBSGE MUNIC. RESIDÊNCIA					
07	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO USUÁRIO	NOME DO PACIENTE	DATA NASCIMENTO (dd/mm/aaaa)	COD. IBSGE MUNIC. RESIDÊNCIA					
08	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO USUÁRIO	NOME DO PACIENTE	DATA NASCIMENTO (dd/mm/aaaa)	COD. IBSGE MUNIC. RESIDÊNCIA					

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE RUBRICA

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL RUBRICA

CARIMBO DATA

CARIMBO DATA



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

SECRETARIA DE SAÚDE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SÉRIE A

2253

Nº de Cadastro _____
uso interno da Repartição

AUTO DE INFRAÇÃO

Aos _____ dias do mês de _____ de 20 _____
às _____ horas, eu _____
no exercício das atribuições como membro da equipe de Vigilância Sanitária, verifiquei que _____

_____ residente à _____
_____ estabelecido à _____
_____ em _____

com _____
incorreu em infração por _____

_____ contrariando _____ o disposto no(s) artigo(s) _____
conforme _____

combinado com a Lei Municipal 1971/97 e Lei Complementar 111/01, estando sujeito às penas previstas no artigo 568 do regulamento aprovado pelo Decreto Estadual 12.342/78 e capituladas no artigo 570 do mesmo regulamento ou artigo 2º da Lei Federal 6.437/77 e capituladas no artigo 10 da mesma lei.

Ficando concedido o prazo de 10 dias para defesa ou impugnação deste AUTO, de acordo com legislação sanitário vigente.

Ciente em _____ / _____ / _____ (Data)

Assinatura e Identificação do Autuado

Assinatura e Identificação da Autoridade Sanitária

Testemunhas (quando o infrator recusar assinar ou for analfabeto)

a) _____

b) _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE _____ CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS

Nº DO PRONTUÁRIO _____ NOME DO PACIENTE _____

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ SEXO M F DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____

RAÇA/COR _____ ETNIA INDÍGENA _____ NOME DA MÃE _____

NOME DO RESPONSÁVEL _____ MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ UF _____

COD. IBGE MUNICÍPIO _____ CEP DE RESIDÊNCIA _____ ENDEREÇO (RUA, NÚMERO) _____

COMPLEMENTO _____ TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE _____ DDD _____ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____

DADOS DO ATENDIMENTO

DATA DE ADMISSÃO _____ MÊS ATENDIMENTO _____ NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO _____

Usuário de Alcool e/ou Outras Drogas? NÃO SIM Em caso positivo marque uma ou mais alternativas: Alcool Crack Outras Drogas

ORIGEM DO PACIENTE: Demanda Espontânea Atenção Básica Serviço de Urgência
 Outro CAPS Hospital Geral Hospital Psiquiátrico

CID10 PRINCIPAL _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL _____

CID10 CAUSAS ASS _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS _____

EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA? SIM NÃO CNES _____

ENCAMINHAMENTO: Continuidade do Acompanhamento em outro CAPS Continuidade do acompanhamento na Atenção Básica Alta Óbito DATA DE CONCLUSÃO _____

AÇÕES REALIZADAS

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA _____	QTDE. _____	DATA (DD/MM) _____	SERVIÇO _____	CLASSIFICAÇÃO _____
CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA _____	QTDE. _____	DATA (DD/MM) _____	SERVIÇO _____	CLASSIFICAÇÃO _____
CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA _____	QTDE. _____	DATA (DD/MM) _____	SERVIÇO _____	CLASSIFICAÇÃO _____
CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA _____	QTDE. _____	DATA (DD/MM) _____	SERVIÇO _____	CLASSIFICAÇÃO _____
CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território

MODELO RAAS FRENTE



Rua: Coronel Pires Pentead, 335 - Centro - Fone: (16) 3242-7851

E-mail: conselhotutelar@montealto.sp.gov.br

www.conselhotutelarmontealto.com.br

ENCAMINHAMENTO

() Medida
() A Pedido

Data: ____/____/____

Destinatário: _____

Nome(s): _____

Data de nascimento: ____/____/____

Pai: _____

Mãe: _____

Endereço: _____

Contato: _____

O Conselho Tutelar de Monte Alto/SP, no uso de suas atribuições legais, com fulcro no artigo 136, inciso III - alínea "a" da Lei Federal 8.069/90 - ECA, REQUISITA: _____



MONTE ALTO - SP

Conselho Tutelar

Rua: Coronel Pires Penteadado, 335 - centro Fone: (16) 3242-7851
Email: conselhotutelar@montealto.sp.gov.br
www.conselhotutelarmontealto.com.br

Conselheiro(a):

Lei Federal 8069 de 13.07.90 - Lei Municipal 1746 de 30.04.93 e 1.808 de 10.03.94

ATENDIMENTO

() PESSOAL () TELEFONE (___/___/___) HORAS: _____

Nome: _____

Data Nasc.: _____ Fone: _____

Endereço: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Multiple horizontal lines for text entry.



MONTE ALTO - SP

Conselho Tutelar

Rua: Coronel Pires Penteadó, 335 - centro Fone: (16) 3242-7851
Email: conselhotutelar@montealto.sp.gov.br
www.conselhotutelarmontealto.com.br

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____
residente nesta cidade à _____

responsável pela criança e/ou adolescente: _____

Nascido em: _____

Declaro que: _____

Nestes termos, assumo a responsabilidade de oferecer a referida criança e/ou adolescente, toda assistência a fim de assegurar seus direitos fundamentais, garantindo-lhe o pleno desenvolvimento físico e psíquico, nos termos do Estatuto da Criança e do Adolescente, mediante Art. 101, Inciso I do ECA.

Sendo verdade o acima exposto, dato e assino o presente termo, ficando sujeito à legislação em Vigor, em caso de descumprimento do mesmo.

Monte Alto, _____ de _____ de 20____

RG: _____



Conselho Tutelar

Rua: Coronel Pires Penteadado, 335 - Centro - Fone: (16) 3242-7851

E-mail: conselhotutelar@montealto.sp.gov.br

www.conselhotutelarmontealto.com.br

NOTIFICAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a): _____

Criança/Adolescente: _____

End.: _____

Com fundamento no Artigo 136, VII, do Estatuto da Criança e do Adolescente, **notificamos Vossa Senhoria** a comparecer neste Conselho Tutelar, no dia ____ de ____, às ____ horas, para tratar de assuntos de seu interesse.

Informo-lhe que o não comparecimento importará na tomada das medidas legais cabíveis.

Monte Alto, ____ de ____ de ____.

Lei nº 8.069/90 - Art. 236
“Impedir ou embaraçar a
ação de Autoridade
Judiciária, membro do
Conselho Tutelar ou
representante do Ministério
Público no exercício de
função prevista nesta lei.
Pena Detenção de 6 meses
a 2 anos.”

Conselheiro Tutelar



Conselho Tutelar

Rua Coronel Pires Penteado, 335 – Centro – Telefone: (16) 3242-7851
conselhotutelar@montealto.sp.gov.br – www.conselhotutelarmontealto.com.br

TERMO DE APLICAÇÃO DE MEDIDA

Aos _____ dias do _____ de _____, estando presente os (as) Srs. (as)

_____, residente (s) a _____, nesta cidade, responsável (eis) pela (s) criança (s) e/ou adolescente (s): _____

a quem foi aplicada a (s) seguinte (s) **MEDIDA (S)**:

Criança e/ou adolescente:

- I encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade;
- II orientação, apoio e acompanhamento temporários;
- III matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;
- IV inclusão em serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família, da criança e do adolescente;
- V requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;
- VI inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;

Aos pais:

- I encaminhamento a serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família;
- II inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;
- III encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico;
- IV encaminhamento a cursos ou programas de orientação;
- V obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar;
- VI obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado;
- VII advertência;

Histórico: _____

O presente termo encontra-se respaldado nos artigos 129 e 101 da Lei Federal 8069/90 (ECA), e estando os (as) responsável (eis) pela (s) criança (s) e/ou adolescente (s), de acordo com os termos do presente, assina-o (s), ficando desde já, cientificados (as) que no caso de descumprimento, poderão ser tomadas outras medidas legais.

Responsável (eis)

Adolescente (s)

RG: _____

Conselho Tutelar de Monte Alto

Controle de Medicação:

Nome: _____

Funcionário: _____

_____ Hora: _____ Data _____

_____ Hora: _____ Data _____

_____ Hora: _____ Data _____

_____ Hora: _____ Data _____

_____ Hora: _____ Data _____

_____ Hora: _____ Data _____

_____ Hora: _____ Data _____

_____ Hora: _____ Data _____

_____ Hora: _____ Data _____

_____ Hora: _____ Data _____

_____ Hora: _____ Data _____

_____ Hora: _____ Data _____

_____ Hora: _____ Data _____

_____ Hora: _____ Data _____

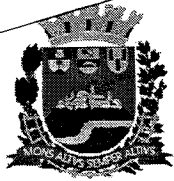
_____ Hora: _____ Data _____

_____ Hora: _____ Data _____

_____ Hora: _____ Data _____

_____ Hora: _____ Data _____

Outras Observações:



Prefeitura de Monte Alto
Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social



CENTRO DIA DO IDOSO «Sueli Maria Mendes de Oliveira»

TRIAGEM SÓCIO-ECONÔMICA

1- Identificação:

Nome: _____ Data de Nasc.: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Est. Civil: _____ Fone: _____ Grau de Escolaridade: _____
 Profissão: _____ Beneficiário: _____ Salário: _____

2 - Composição Familiar:

Nº	Nome	Parent.	Idade	Est.Civil	Escol.	Local de Trabalho	Contato	Salário
01								
02								
03								
04								
05								

Quantos Trabalham? _____ Renda Total R\$ _____

3 - Habitação:

Própria (já paga) Cedida Valor R\$ _____
 Própria (pagando) Cômodo _____
 Alugada

4 - Doenças Crônicas SIM NÃO

Qual? _____

5 - Medicação SIM NÃO

Qual? _____

6 - Anda com Auxílio? SIM NÃO

Qual? _____

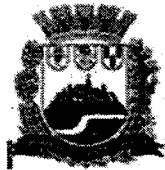
7 - Vício?..... SIM NÃO

Qual? _____ Há quanto tempo? _____

8 - Atendimento Prestado pelo Serviço Social:

Tipo de atendimento: _____

Diagnóstico Social do caso: _____



PREFEITURA DE MONTE ALTO
Secretaria Municipal de
Assistência Social

CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social

NOTIFICAÇÃO

Pelo presente solicitamos o comparecimento do
_____ ao CREAS (Centro de
Referência Especializado de Assistência Social), localizado na Rua:
Ananias de Carvalho nº 1184 – Centro, no dia ___/___/___ às
_____ horas, para tratarmos de assunto referente
_____.

O não comparecimento acarretará no encaminhamento ao
Ministério Público.

Monte Alto, ___/___/___

CREAS

Encaminhamento p/ atendimento em 2º andar
Bleco c/ 150 jogos 1º na branca, 2º verde, sup/ 56 qrs
20x21 cm assist social



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria de Assistência Social

Monte Alto, _____ de _____ de 20____

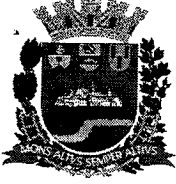
Me.n. Nº _____ / _____

A _____

Solicitamos atendimento a(s) Sr. (a)

Atenciosamente,

Assistente Social



SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E (DESENVOLVIMENTO) SOCIAL
TRIAGEM SÓCIO ECONÔMICA

I - Identificação

Nome: _____ Data de Nasc. ____ / ____ / ____
Endereço: _____ Bairro: _____
Estado Civil: _____ Fone: _____ Grau de Escolaridade: _____
Profissão: _____ Beneficiário BPC _____ Salário: _____
Local de Trabalho: _____ Cargo: _____ Previdência: _____
Nome do Pai: _____ Data de Nasc.: ____ / ____ / ____
Local de Trabalho: _____ Profissão: _____ Salário: _____
Nome da Mãe: _____ Data de Nasc.: ____ / ____ / ____
Local de Trabalho: _____ Profissão: _____ Salário: _____
Nome do Conjuge: _____ Data de Nasc.: ____ / ____ / ____
Profissão: _____ Salário: _____
Local de Trabalho: _____ Cargo: _____
Grau de Escolaridade: _____ Previdência: _____

II - Composição Familiar

N.º	Nome	Parent.	DN	Est. Civil	Escol.	Local de Trabalho	Escola	Previd.	Salário
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									

Quantos Trabalham? _____ Quantos Dependentes? _____ Renda Total R\$ _____

III - Transportes

Possui Condução Própria? _____ Tipo _____

IV - Habitação

Própria (já paga) Cedida Valor R\$ _____
 Própria (pagando) Cômodo _____
 Alugada Utensílios Domésticos _____

V - Atendimento Social da Comunidade

A família esta inserida em algum programa ou projeto social? _____

Qual? _____ Tipo de Atendimento _____

VI - Atendimento Prestado Pelo Serviço Social

Tipo de Atendimento: _____

Encaminhamento: _____

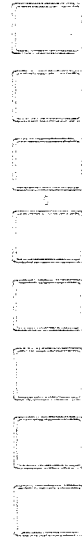
Diagnóstico Social: _____



*Secretaria da Assistência
e Desenvolvimento Social*

SEIO

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
Av. José Luís Franco da Rocha, 143 – Centro – Monte Alto/SP – CEP 15910 -000





PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Estado de São Paulo

Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social

Serviço de Acolhimento Institucional "Luz e Vida"

Rua Florindo Cestari, nº 1282 – Centro – Telefone (16) 3241-3018

e-mail: luzevida@montealto.sp.gov.br – CEP 15910-000 – Monte Alto/SP

FICHA INICIAL DE ACOLHIMENTO

Data do Acolhimento ____/____/____

Encaminhado por () Conselho Tutelar () Judiciário () Outros _____
Responsável pelo encaminhamento _____

I- IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA E/OU ADOLESCENTE

Nome: _____ Data de Nasc. ____/____/____

Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino Naturalidade: _____

Possui Deficiência? () Sim - Qual? _____ () Não

Residia com: () família de origem/extensa () terceiros () serviço de acolhimento () em situação de rua

Documentação Pessoal recebida no acolhimento: () Certidão de Nascimento () RG () CPF () Carteira de Vacinação
() Outros _____

II- IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS

Nome do Pai: _____ Idade: _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Cargo: _____

Salário: _____ () Previdência _____ () BPC Obs. _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Município: _____ Telefone: _____

Nome da Mãe: _____ Idade: _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Cargo: _____

Salário: _____ () Previdência _____ () BPC Obs. _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Município: _____ Telefone: _____

Nome do(a) responsável: _____ Idade: _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Cargo: _____

Salário: _____ () Previdência _____ () BPC Obs. _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Município: _____ Telefone: _____

III- INFORMAÇÕES SOBRE IRMÃOS

Possui irmãos? () Sim - Quantos? _____ () Não

Qual a situação dos irmãos?

() Neste serviço de acolhimento () Em outro serviço de acolhimento () Residem em família extensa ou com terceiros

() Residem com pais/família de origem () outra situação _____

Nomes: _____

IV- DADOS ESCOLARES

Estava matriculado em unidade escolar?

() Sim - Escola: _____ Série/Ano _____ Período _____

() Não - Em qual série/ano parou de estudar? _____

V- BREVE HISTÓRICO/ MOTIVO DO ACOLHIMENTO

Responsável pela acolhida e preenchimento: _____

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO**

Estado de São Paulo

Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social

Serviço de Acolhimento Institucional "Luz e Vida"

Rua Florindo Cestari, nº 1282 – Centro – Telefone (16) 3241-3018
e-mail: luzevida@montealto.sp.gov.br – CEP 15910-000 – Monte Alto/SP**FICHA SOCIOECONÔMICA****I- IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____ Data de Nasc. ____/____/____
Idade: _____ Estado Civil: _____ Escolaridade _____
Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Cargo: _____
Salário: _____ () Previdência _____ () BPC Obs. _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Município: _____ Telefone: _____
Nome do Pai: _____ Idade: _____
Nome da Mãe: _____ Idade: _____
Nome Cônjuge: _____ Data de Nasc. ____/____/____
Idade: _____ Estado Civil: _____ Escolaridade _____
Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Cargo: _____
Salário: _____ () Previdência _____ () BPC Obs. _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Município: _____ Telefone: _____

II- COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nº	Nome	Paren-tesco	Idade	Est. Civil	Local de Trabalho	Esco-laridade	Salário
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							

Quantos Trabalham? _____ Quantos Dependentes? _____ Total da Renda Familiar R\$ _____

III- TRANSPORTE

Possui condução Própria?

() Sim - Tipo: _____ Ano _____

() Não - Qual o meio de Transporte utilizado? _____

IV- HABITAÇÃO

() Própria (já paga)

() Alugada - Valor R\$ _____

() Própria/financiada - Valor R\$ _____

() Cedida

Cômodos: _____ () saneamento () água () energia

V- ATENDIMENTO SOCIAL/PROGRAMAS SOCIAIS

A família está inserida em alguma obra ou programa social? () Sim - Qual? _____ () Não

VI- ATENDIMENTO PRESTADO/ BREVE HISTÓRICO

Diagnóstico social: _____

Encaminhamentos: _____

Data do Atendimento ____/____/____



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Estado de São Paulo

Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social

Serviço de Acolhimento Institucional "Luz e Vida"

Rua Florindo Cestari, nº 1282 – Centro – Telefone (16) 3241-3018

e-mail: luzevida@montealto.sp.gov.br – CEP 15910-000 – Monte Alto/SP

ENCAMINHAMENTO

À/Ao _____

Localizado à _____

Solicitamos atendimento ao(à) Sr(a). _____

Monte Alto, _____ de _____ de _____

Atenciosamente,

<input type="checkbox"/> BANCO <input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> APARTAMENTO	<input type="checkbox"/> FAVELA <input type="checkbox"/> ESTABELECIMENTO COMERCIAL <input type="checkbox"/> HABITAÇÃO COLETIVA (CORTIÇO) <input type="checkbox"/> REPARTIÇÃO PÚBLICA	<input type="checkbox"/> REPARTIÇÃO PRIVADA OUTROS.....	TIPOS DE ACIDENTE <input type="checkbox"/> CHOQUE <input type="checkbox"/> COLISÃO <input type="checkbox"/> ABALROAMENTO <input type="checkbox"/> TOMBAMENTO OUTROS.....	<input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO <input type="checkbox"/> ENGAVETAMENTO <input type="checkbox"/> ATRO PEDESTRE <input type="checkbox"/> ATROP ANIMAL	SEMÁFORO <input type="checkbox"/> OPERANDO <input type="checkbox"/> DEFEITUOSO <input type="checkbox"/> DESLIGADO <input type="checkbox"/> INEXISTENTE	OUTRAS FORMAS DE SINALIZAÇÃO VISÍVEIS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAIS?		
ILUMINAÇÃO <input type="checkbox"/> LUZ SOLAR <input type="checkbox"/> ENTARDECER OU AMANHECER		TEMPO <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> NEBLINA <input type="checkbox"/> CHUVA	TIPO DA PISTA <input type="checkbox"/> ASFALTO <input type="checkbox"/> PARALELEPÍEDO <input type="checkbox"/> CONCRETO		<input type="checkbox"/> TERRA <input type="checkbox"/> CASCALHO	TIPO DA PISTA <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> MOLHADA <input type="checkbox"/> INUNDADA	<input type="checkbox"/> ESBURACADA <input type="checkbox"/> ENLAMEADA <input type="checkbox"/> OLEOSA	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA <input type="checkbox"/> EM OBRAS <input type="checkbox"/> INTERROMPIDA

RELATÓRIO DA AUTORIDADE GUARDA CIVIL MUNICIPAL	

INTEGRANTES DA GUARNIÇÃO / PATRULHA					
MAT ENCARREGADO	NOME DE GUERRA (ENCARREGADO)	MATRÍCULA	NOME DE GUERRA	MATRÍCULA	NOME DE GUERRA
MATRÍCULA	NOME DE GUERRA	MATRÍCULA	NOME DE GUERRA	MATRÍCULA	NOME DE GUERRA

DESTINO DA OCORRÊNCIA			
<input type="checkbox"/> JUIZADO ESPECIAL CRIMINAL	Nº PROTOCOLO	<input type="checkbox"/> DISTRITO POLICIAL	NÚMERO DO BO - PC
RECEBIDO POR	RG	VISTO	NOME DO DELEGADO DE POLÍCIA

ENCARREGADO
POSTO/GRADUAÇÃO
ASSINATURA

COMANDANTE / SUPERVISOR
CLASSIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA
<input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVA
POSTO/NOME DE GUERRA
VISTO

AUTENTICAÇÃO



Prefeitura Municipal de Monte Alto

Guarda Civil Municipal

DATA _____/_____/_____

RELATÓRIO

16126

HORA:

DO:

AO:

ASSUNTO:

(The following area contains 20 horizontal lines for handwritten text.)

(a) _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

GUARDA PATRIMONIAL

Nº 1876

RELATÓRIO

HORA:

DO:

AO:

ASSUNTO:

** modelo **

(a)

ilam

69



PREFEITURA DE MONTE ALTO

BRIGADA DE INCÊNCIO = INCÊNDIO (corrigir)

DATA _____ / _____ / 20____

TABÃO DE OCORRÊNCIA

RELATÓRIO

Nº _____ 0001
~~6222~~

HORA: HORA INICIAL:

Km INICIAL:

SIGNATURA: _____

DO HORA FINAL:

Km FINAL:

PLACA: _____

AO SOLICITANTE:

ASSUNTO: NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

ENDEREÇO:

TESTEMUNHA:

HISTÓRICO

(a) _____

BRIGADISTA DE PLANTÃO

ÁREA AZUL

ESTACIONAMENTO ROTATIVO

Série E

1 HORA VALOR R\$ 0,50

PLACA DO VEÍCULO

MÊS

JAN FEV MAR ABR MAI JUN
JUL AGO SET OUT NOV DEZ

DIA

01 02 03 04 05 06 07
08 09 10 11 12 13 14 15
16 17 18 19 20 21 22 23
24 25 26 27 28 29 30 31

HORA

09 10 11 12 13 14 15 16 17

MINUTOS

00 05 10 15 20 25
30 35 40 45 50 55



Use sempre o cartão
à venda no comércio.

Evite multas ou remoção.

MOD. PMMA 067

"ÁREA AZUL"

A PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO conforme o Decreto nº 1627 de 18 de Julho de 2001, dispõe sobre as vias e logradouros públicos destinados ao sistema de estacionamento Área Azul.

As áreas de estacionamento de veículos incluídas como Área Azul, estão definidas através de sinalização regulamentadora, estabelecida pela PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO.

INSTRUÇÕES

- 1) Ao estacionar, retire um cartão de estacionamento.
- 2) Assinale com caneta a placa do veículo, mês, dia, hora e minuto de sua chegada, e coloque o cartão com a parte frontal voltada para fora, exposta à fiscalização.
- 3) O período máximo de permanência contínua de cada veículo em uma mesma vaga será de 2(duas) horas, prorrogável por mais 2(duas) horas conf. parágrafo 1º do art. 3º do decreto acima.
- 4) O usuário que ultrapassar o período permitido, adulterar as informações, utilizar por mais de uma vez o mesmo cartão, assinalar a lápis ou de forma incorreta, incompleta, ou ainda, permanecer estacionado sem cartão, ficará sujeito a multa e reboque do veículo.
- 5) O horário de estacionamento fica estabelecido pelas placas de sinalização. Fora dos horários estabelecidos - o estacionamento é livre.
- 6) A Prefeitura Municipal de Monte Alto não se responsabilizará por acidentes, danos, furtos, defeitos mecânicos ou prejuízos, de qualquer natureza que os veículos e/ou usuários venham a sofrer nos locais de estacionamento.

ATENÇÃO

Para sua comodidade, tenha sempre em poder cartões de estacionamento, que poderão ser adquiridos nos postos autorizados de venda da Área Azul.

Use sempre o cartão
à venda no comércio.
Evite multas ou remoção.

NOTIFICAÇÃO	SÉRIE	ÁREA AZUL	
32296	G		

A partir das Horas minutos, seu veículo ficou sujeito às penalidades previstas na legislação do trânsito em virtude de:

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1 Período Ultrapassado | 7 Renovação de Cartão na Mesma Vaga |
| 2 Rasuras | 8 Outras irregularidades (Especificar) |
| 3 Uso de Lápis | 9 Outros |
| 4 Falta de Cartão | |
| 5 Cartão em Branco | |
| 6 Horário Adiantado | |

Número da Placa:

Cidade: UF:

Marca do Veículo:

Cor:

Local Infração Rua:

Nº

Orientador(a) Nº Monte Alto

MOVIMENTO DE COMÉRCIO 1ª Via

Números de Cartões	Inicial	Final	Valor
Números de Cartões Vendidos	Valor Total	Desconto %	Total Geral

Dados da Empresa

Nome da Loja: _____

Nome do Recebedor: _____

Cargo: _____

Assinatura: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO
JUNTA ADMINISTRATIVA DE RECURSOS DE INFRAÇÕES - JARI
MONTE ALTO - SP

Processo N.º

Nome Interessado:

Placa Veículo:

N.º A.I.T.:

ENQ:

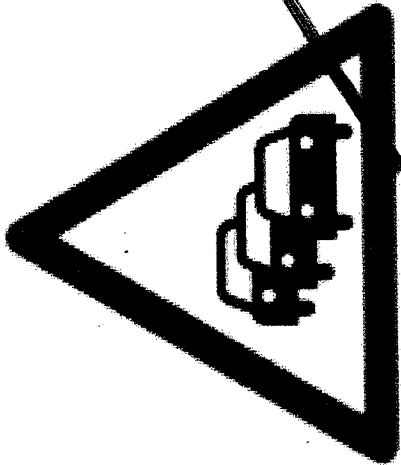
Endereço:

Cidade:

CEP:

DATA RECEBIMENTO	N.º AIT	RÚBRICA	DATA REUNIÃO	RESULTADO	RÚBRICA

DEMUTRAN
Departamento Municipal de
Trânsito de Monte Alto



Fone: (16) 3244-3048
Rua Ananias de Carvalho, 1554

 **PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO**
Departamento de Transito

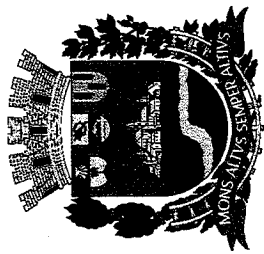


PREFEITURA MUNICIPAL DE
MONTE ALTO
TRABALHO E DESENVOLVIMENTO RUMO AO FUTURO.

Marca / Modelo: _____

Placa: _____

Mês de Vencimento: _____

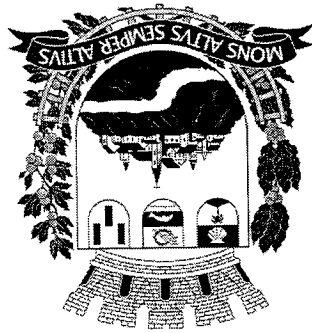


Prefeitura Municipal de Monte Alto

Departamento de Trânsito

AIT
AUTO DE INFRAÇÃO DE TRÂNSITO

DEPARTAMENTO MUNICIPAL
DE TRÂNSITO DE MONTE ALTO - SP



153



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE MONTE ALTO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL
DE TRÂNSITO - DEMUTRAN**

1 IDENTIFICAÇÃO DO AIT		
CÓD. MUN.	SÉRIE	NÚMERO
267270	26M44	36350

2 IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO																									
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
2.1 - PLACA			LETRA			NÚMERO			2.2 - UF			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
EINP			7171719			SC						0	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
2.3 - MUNICÍPIO			2.4 - CÓDIGO									0	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
MONTE ALTO			146727									0	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
2.5 - MARCA				2.6 - ESPÉCIE																					
1	GM/CHEVROLET	5	VOLKSWAGEM	<input checked="" type="checkbox"/>	PASSAGEIRO	<input type="checkbox"/>	TRAÇÃO																		
2	FIAT	6	HONDA	<input type="checkbox"/>	CARGAS	<input type="checkbox"/>	ESPECIAL																		
3	FORD	7	YAMAHA	<input type="checkbox"/>	MISTO																				
4	MERC. BENS																								
2.7 - MODELO				2.8 - COR																					
GOL																									

3 LOCAL DA INFRAÇÃO				
RUA NTONKO LIVRAMENTO nº 3574				
3.1 - DATA	3.2 - HORA	3.3 - COD. MUN.	3.4 - MUNICÍPIO	3.5 - UF
11/06/19	09:58	114617217	MONTE ALTO	SP

4 TIPIFICAÇÃO DA INFRAÇÃO				
4.1	ENQ.	DESD.	DESCRIÇÃO	ARTIGO CTB
<input type="checkbox"/>	518-5	1	Deixar o condutor de usar o cinto de segurança	167
<input type="checkbox"/>	518-5	2	Deixar o passageiro de usar o cinto de segurança	167
<input type="checkbox"/>	520-7	0	Dirigir sem atenção ou sem os cuidados indispensáveis à segurança	169
<input type="checkbox"/>	521-5	1	Dirigir ameaçando os pedestres que estejam atravessando a via pública	170
<input type="checkbox"/>	545-2	5	Estacionar ao lado ou sobre o canteiro central/divisores	181-VIII
<input type="checkbox"/>	554-1	1	Estacionar em desacordo com a regulamentação especificada pela sinalização	181-XVII
<input checked="" type="checkbox"/>	554-1	2	Estacionar em desacordo com a regulamentação - Estacionamento Rotativo	181-XVII
<input type="checkbox"/>	555-0	0	Estacionar em local/horário proibido especificado pela sinalização	181-XVIII
<input type="checkbox"/>	573-8	0	Transitar pela contramão de direção em via com sinalização de regul Sentido único	186-II
<input type="checkbox"/>	581-9	1	Transitar com o veículo em calçadas, passeios	193
<input type="checkbox"/>	583-5	0	Desobedecer às ordens emanadas da autor. compet. de trânsito ou de seus agentes	195
<input type="checkbox"/>	605-0	1	Avançar o sinal vermelho do semáforo	208
<input type="checkbox"/>	703-0	1	Conduzir motocicleta, motoneta e ciclomotor sem capacete de segurança	244-I
<input type="checkbox"/>	705-6	1	Conduzir motoc/moton/ciclomotor fazendo malabarismo/equilibrando-se em uma roda	244-III
<input type="checkbox"/>	706-4	0	Conduzir motocicleta, motoneta e ciclomotor com os faróis apagados	244-IV
<input type="checkbox"/>	736-6	2	Dirigir veículo utilizando-se de telefone celular	252-VI
4.2 - OUTRAS INFRAÇÕES		4.4 - DESCRIÇÃO		4.5 - ARTIGO CTB
4.3 - ENQUAD.		D		

5 IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR			
5.1 - NOME			
5.2 - Nº DO REGISTRO (PGU)		5.3 - UF	5.4 - CPF

6 EQUIPAMENTO/INSTRUMENTO DE AFERIÇÃO UTILIZADO			6.1 - MED. REAL	6.2 - LIM. REGUL	6.3 - VALOR CONSID

7 OBSERVAÇÃO		
NOTIFICACAO N: 38734 SERIE G.		

8 IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE		
8.1 - Nº IDENTIFICAÇÃO	8.2 - ASSINATURA	8.3 - ASSINATURA DO CONDUTOR
1608309	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>

17951

Prefeitura Municipal de Monte Alto



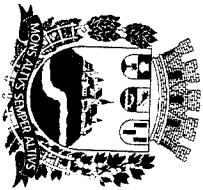
Exercício de _____

**Taxa de Licença de Comércio
Eventual ou Ambulante e Multas**

Taxa... _____
Guia... _____
Multas... _____
Total R\$ _____

Sr. _____
residente em _____
pagou a quantia de _____
proveniente de _____

Monte Alto, _____ de _____ de _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO
ESTADO DE SÃO PAULO

Rua Dr. Raul da Rocha Medeiros, 1390 - Centro - Monte Alto - SP
CNPJ: 51.816.247/0001-11 - e-mail: issqn@montealto.sp.gov.br



PROTOCOLO GERAL E ARQUIVO

PROCESSO

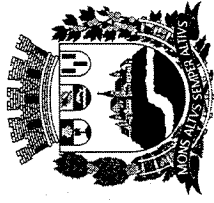
20__

O PERCURSO DESTE ESTÁ ESTABELECIDO NAS FOLHAS					
NATUREZA	Nº. da Folha onde consta a Modificação	ANDAMENTO	Nº. da Folha onde consta a Modificação	ACONDICIONAMENTO	Nº. da Folha onde consta a Modificação
INTERESSADO:					
LOCAL:					
ASSUNTO:					
ALVARÁ Nº.					
INSS Nº					
OBSERVAÇÕES:					
REQ.			DATA		
REG.					
ART.					
DESTINO					
1	2	3	4		
5	6	7	8		

133



SEÇÃO DE LANÇADORIA (TRIBUTOS MOBILIÁRIOS)



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

ESTADO DE SÃO PAULO

Rua Dr. Raul da Rocha Medeiros, 1390 - Centro - Monte Alto - SP
CNPJ: 51.816.247/0001-11 - E-mail: issqn@montealto.sp.gov.br



neve.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO
ESTADO DE SÃO PAULO

Rua Dr. Raul da Rocha Medeiros, 1390 - Centro - Monte Alto - SP
CNPJ: 51.816.247/0001-11 - e-mail: issqn@montealto.sp.gov.br



Prefeitura Municipal de Monte Alto

Estado de São Paulo

Rua Dr. Raul da Rocha Medeiros, 1390 - CEP 15910-000 - Monte Alto/SP

SECRETARIA DE FINANÇAS E ORÇAMENTOS CADASTRO MOBILIÁRIO FISCAL DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO

NOTIFICAÇÃO Nº /

No exercício de minhas funções de Agente Fiscal, às _____:_____ horas do dia _____ do mês
de _____ de _____ nesta cidade de Monte Alto, notifico a empresa:

Inscrição Municipal: _____	Telefone: _____
Razão Social: _____	
Endereço: _____	
Atividade: _____	
CNPJ: _____	Inscrição Estadual _____
Escritório Contábil: _____	
Local da Infração: _____	
Natureza da Infração: _____	

Providências a serem tomadas: _____	

Prazo: _____	
Disposição Legal: _____	
Obs.: _____	

O não atendimento desta no prazo acima citado, implicará em MULTA pecuniária prevista na legislação municipal.	

Monte Alto, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Fiscal

Assinatura

Documento de Identificação

Recusou-se assinar em _____ / _____ / _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

AUTORIZAÇÃO PARA SAÍDA DE FUNCIONÁRIOS DURANTE O EXPEDIENTE

Nome _____

Data de Saída _____ / _____ / _____

Hora de Saída _____

Hora da Chegada _____

Motivo da Saída _____

Autorizado Sim () Não ()

Assinatura do Funcionário _____

58 **PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO**
AUTORIZAÇÃO DE VENDA / SERVIÇOS

do Departamento de Compras e Manutenção

DATA: ___ / ___ / ___

Local de Uso: _____

Fornecedor: _____

Autorizado por: _____

ITEM	QT.	DESCRIÇÃO

Assinatura Legível



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Estado de São Paulo

REQUISIÇÃO DE COMBUSTÍVEL

Nº 004999

Motorista: _____

Placa: _____

Marca: _____

km.

Qtd.

Gasolina: _____

Diesel: _____

Álcool: _____

Assinatura Motorista: _____

Assinatura Resp. Entrega: _____

Data ____ / ____ / ____

Encarregado

RELATÓRIO TRANSPORTE SEMANAL

Veículo Placa _____

Modelo _____

Motorista _____

Período _____ A _____ / _____ / _____

SERVIÇOS

Data	KM Inicial	KM Final	SAÍDA		DESTINO (Tipo Serviço/Local/Unidade)	CHEGADA			Motorista	
			Hora	Kilometragem		Data	Hora	Kilometragem		

ABASTECIMENTO FORA DO POSTO CREDENCIADO

Data	Nota Fiscal	Kilometragem	LTS	Valor	Local

Atenção Sr. Motorista

- Todo serviço feito Fora da rotina normal ou qualquer viagem Fora do Município deverá ser registrado em linha Individual.
- Este relatório deve ser devolvido toda segunda-feira e todo primeiro dia do mês até no máximo 11:00 horas e na portaria do almoxarifado.
- Na requisição de combustível, as informações de placa - kilometragem e litros é de inteira responsabilidade do motorista.

10999



Prefeitura Municipal de Monte Alto

Estado de São Paulo

Identificação de Imóvel

10999

Nome: _____

Endereço: _____

Lote: _____ Quadra: _____

Bairro: _____

Casa Nº _____

Protocolo: _____ Cadastro: _____

Encarregado: *Jair Duran*

_____/_____/_____



PROTOCOLO GERAL E ARQUIVO

PROCESSO

20 _____

O PERCURSO DESTE ESTÁ ESTABELECIDO NAS FOLHAS

NATUREZA	Nº. da Folha onde conste a Modificação	ANDAMENTO	Nº. da Folha onde conste a Modificação	ACONDICIONAMENTO	Nº. da Folha onde conste a Modificação

INTERESSADO:

LOCAL:

ASSUNTO:

Aprovação de Projeto

ALVARÁ Nº.

INSS Nº.

OBSERVAÇÕES:

REQ.

DATA

REQ.

ART.

DESTINO

1		2		3		4	
---	--	---	--	---	--	---	--

Ficha Remissiva

70 Sobrenome

20 Nome

do aluno

30 Registro de

Matricula

(RM)

FICHA INDIVIDUAL DO ALUNO - (Ensino Fundamental)

NOME DA ESCOLA

NOME DO ALUNO

RM

DATA NASC.

SEXO

M

F

ANO	CURSO / HABILITAÇÃO						CURSA A SÉRIE PELA	VEZ
20	T	S	t	Nº	CH			

ANO	CURSO / HABILITAÇÃO						CURSA A SÉRIE PELA	VEZ
	T	S	t	Nº	CH			

COMPONENTES CURRICULAR	CURSO / HABILITAÇÃO										
	L. Portuguesa	História	Geografia	Ciências	Matemática	Inglês	Ed. Física	Ed. Artística	E. Religioso		
1º											
2º											
3º											
4º											
Aus Comp.											
Total Faltas											
Aulas Dadas											
% Inf. a 75%											
1º											
2º											
3º											
4º											
M. FINAL 5º											

COMPONENTES CURRICULAR	CURSO / HABILITAÇÃO										
	L. Portuguesa	História	Geografia	Ciências	Matemática	Inglês	Ed. Física	Ed. Artística	E. Religioso		
1º											
2º											
3º											
4º											
Aus Comp.											
Total Faltas											
Aulas Dadas											
% Inf. a 75%											
1º											
2º											
3º											
4º											
M. FINAL 5º											

RESULTADO FINAL (CÓDIGO) O ALUNO ESTÁ APTO A CURSAR A SÉRIE DO

OBSERVAÇÕES

P = Promovido
R = Retido
T = Transferido
E = Evadido (Abandono/ Desistente)

RESULTADO FINAL (CÓDIGO) O ALUNO ESTÁ APTO A CURSAR A SÉRIE DO

OBSERVAÇÕES

P = Promovido
R = Retido
T = Transferido
E = Evadido (Abandono/ Desistente)

SECRETÁRIO

DIRETOR DA ESCOLA

SECRETÁRIO

DIRETOR DA ESCOLA

R

NOME DO ALUNO



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

ESCOLA

ATA DO CONSELHO DE SE

REALIZADO EM ____ / ____ / ____

____ SÉRIE DO ENSINO

ASSINATURAS

OBSERVAÇÕES

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

ANO		BIM.	
CLASSE			
T	G	S	t
COMP. CUR.			
N°	N	F	AC
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
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			

ANO		BIM.	
CLASSE			
T	G	S	t
COMP. CUR.			
N°	N	F	AC
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
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			

ANO		BIM.	
CLASSE			
T	G	S	t
COMP. CUR.			
N°	N	F	AC
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
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			

ANO		BIM.	
CLASSE			
T	G	S	t
COMP. CUR.			
N°	N	F	AC
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
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			

ANO		BIM.	
CLASSE			
T	G	S	t
COMP. CUR.			
N°	N	F	AC
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
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			

ANO		BIM.	
CLASSE			
T	G	S	t
COMP. CUR.			
N°	N	F	AC
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
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			

ANO		BIM.	
CLASSE			
T	G	S	t
COMP. CUR.			
N°	N	F	AC
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
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			

ANO		BIM.	
CLASSE			
T	G	S	t
COMP. CUR.			
N°	N	F	AC
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
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			

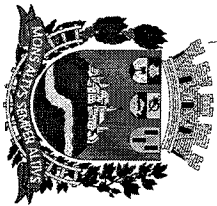
M. FINAL	
ANO	
CLASSE	
T	G S t
COMPONENTE CURRICULAR	
Nº	M
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	

M. FINAL	
ANO	
CLASSE	
T	G S t
COMPONENTE CURRICULAR	
Nº	M
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
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	

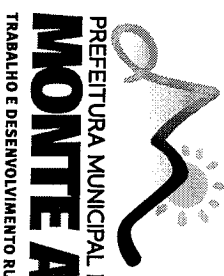
M. FINAL	
ANO	
CLASSE	
T	G S t
COMPONENTE CURRICULAR	
Nº	M
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	

M. FINAL	
ANO	
CLASSE	
T	G S t
COMPONENTE CURRICULAR	
Nº	M
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
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	

M. FINAL	
ANO	
CLASSE	
T	G S t
COMPONENTE CURRICULAR	
Nº	M
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
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	



Prefeitura de Monte Alto



www.montealto.sp.gov.br

Rua Dr Raül da Rocha Medeiros 1390 - Centro - Fone: (16) 3244 3413 CEP 15010-000 MONTE ALTO



Prefeitura de Monte Alto


PREFEITURA MUNICIPAL DE
MONTE ALTO
TRABALHO E DESENVOLVIMENTO RUMO AO FUTURO.

www.montealto.sp.gov.br

Rua Dr. Raul da Rocha Medeiros, 1390 - Centro - Fone: (16) 3244.3113 - CEP 15910-000 - MONTE ALTO - SP