

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via: Orientação ao Paciente

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº _____

Endereço completo e telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Orgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____

____/____/____
Data

Item 2



Prefeitura Municipal de Monte Alto

Unidade Básica de Saúde

Item 3

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	NÚMERO
SP	24025502 M B

GVS XXIV

Data: ___ de ___ de ___

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO
 SECRETARIA DE SAÚDE - VIGILÂNCIA SANITÁRIA
 FONE: (16) 3241-2859 / 3242-9459
 Av. Comendador Castro Ribeiro, 107 - Centro - Monte Alto - SP

PACIENTE _____

ENDEREÇO _____

Assinatura do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
 Endereço: _____
 Ident. N° _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____

Medicamento ou Substância
Quantidade e Forma Farmacêutica
Dose por Unidade Posológica
Posologia

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR



MINISTÉRIO DA SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL (INDIVIDUALIZADO) - BPA-I

MÊS/ANO _____ FOLHA _____

Dados Operacionais

UF _____ NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE _____

CNS DO PROFISSIONAL _____ CBO _____

ATENIMENTO REALIZADO

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

CARIMBO _____ RUBRICA _____

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE _____ GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL _____ RUBRICA _____

CARIMBO _____ DATA _____

CARIMBO _____ DATA _____

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

Item 5

UF	DIR XVIII
SP	24 Nº 730374 G

B2



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

SECRETARIA DA SAÚDE - VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Fone: (16) 3241-2659 / 3242-9459
Rua Florindo Cestari, 1198 - Centro - Monte Alto - SP

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

de de

Paciente:

Assinatura do Emitente

Endereço:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

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

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor _____ Data: ____/____/____



FICHA PERINATAL - Ambulatório

Unidade

Nome _____
 Endereço _____
 Idade _____ anos Estado civil/união _____ Casada Solteira
 Estável Outro
 Instrução _____ Nenhuma Prim. Secund. Univ.
 Abortos _____
 Gestas prévias _____ Parto vaginal _____ Parto _____
 Antecedentes obstétricos _____
 Antecedentes clínicos _____
 Gestação atual _____
 Exames _____
 Hepatite B _____
 Vacina antitetânica _____
 Suplementação _____
 Eletroforese de hemoglobina _____
 Malária* _____

Como quer ser chamada _____
 Cidade _____
 Antecedentes obstétricos: Parto vaginal, Nascidos vivos, Viverem, Mortos, Morreram na 1ª semana, Morreram depois da 1ª semana, Final da gestação anterior de 1 ano, NÃO SIM
 Antecedentes clínicos: Cardiopatia, Tromboembolismo, Hipertensão arterial, Cir. pélv. uterina, Outros, NÃO SIM

Idade: <15 anos, 15-35 anos, >35 anos
 Estado civil/união: Casada, Solteira, Estável, Outro
 Instrução: Nenhuma, Prim., Secund., Univ.
 Abortos: 3 ou + abortos
 Gestas prévias: Ectópica, <2.500 g, >4.500 g, Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia
 Tipo de gravidez: Única, Gemelar, Tripla ou mais, Ignorada
 Risco habitual: Alto risco, NÃO
 Parto: 2 cesáreas prévias, NÃO SIM

Hospitalização na gravidez: NÃO, SIM
 Dias _____
 Transferida: NÃO, SIM
 Local _____
 Data _____
 Grupo: Sensibilizada, Rh+, Rh-, NÃO, SIM
 Antecedentes familiares: Diabetes, Hipertensão arterial, Gemelar, HIV/Aids, Sifilis, Toxoplasmose, Infecção urinária, NÃO SIM
 Fumo (nº de cigarros) _____, Álcool _____, Outras drogas _____, Violência doméstica _____, HIV/Aids _____, Sifilis _____, Toxoplasmose _____, Infecção urinária _____, NÃO SIM

Exames: ABO-RH, Glicemia de jejum, Tolerância à glicose (teste oral), Sífilis (teste rápido), VDRL, HIV/Anti-HIV (teste rápido), Hepatites B e C (teste rápido), HBsAg (1º e 3º trimestres), Toxoplasmose, Hemoglobina Hematócrito, Urina-EAS, Urina-cultura, Coombs indireto, Outros
 Eletroforese de hemoglobina: Padrão AA, Heterozigose AS, AC, Homozigose SS, SC, Outros
 Malária* Neg. Pos.

Gestação atual: Anemia, Inc. istmocervical, Ameaça de parto premat., Isoimunização Rh, Oligo/polidrâmnio, Rotura premat. de membrana, CIUR, Pós-datismo, NÃO SIM
 Hipertensão arterial, Pré-eclâmp./eclâmpsia, Cardiopatia, Diabetes gestacional, Uso de insulina, Hemorragia 1º trimestre, Hemorragia 2º trimestre, Hemorragia 3º trimestre, NÃO SIM
 Hepatite B: Imunizada, Informe: 1º dose, 2º dose, (1 mês após 1º dose) 3º dose, (6 meses após 1º dose)
 Vacina antitetânica: Sem informação de imunização, Imunizada há menos de 5 anos, Imunizada há mais de 5 anos, Informe: 1º dose, 2º dose, 3º dose, Reforço
 Influenza: Informe, data
 Suplementação: Sulfato ferroso, Ácido fólico, SIM, NÃO

gografia: Data, IG DUM, IG USG, Peso fetal, Placenta, Líquido, Outros

*Somente para gestantes da Região Amazônica.

Curva de altura uterina / idade gestacional

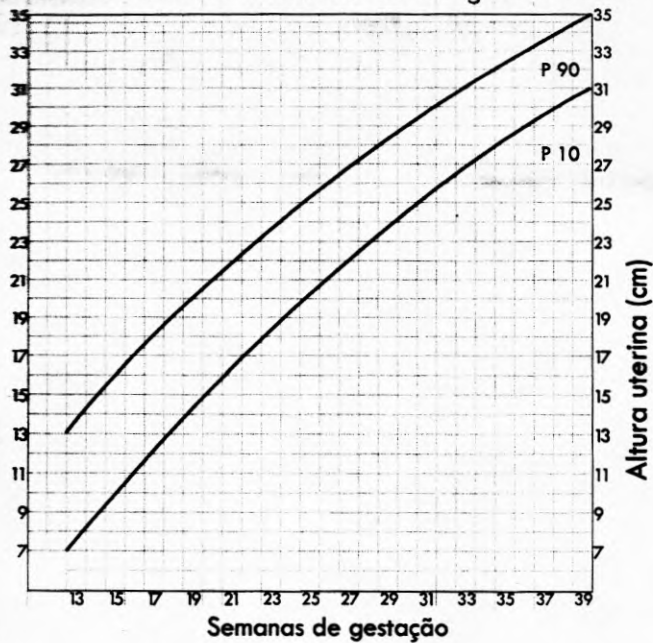
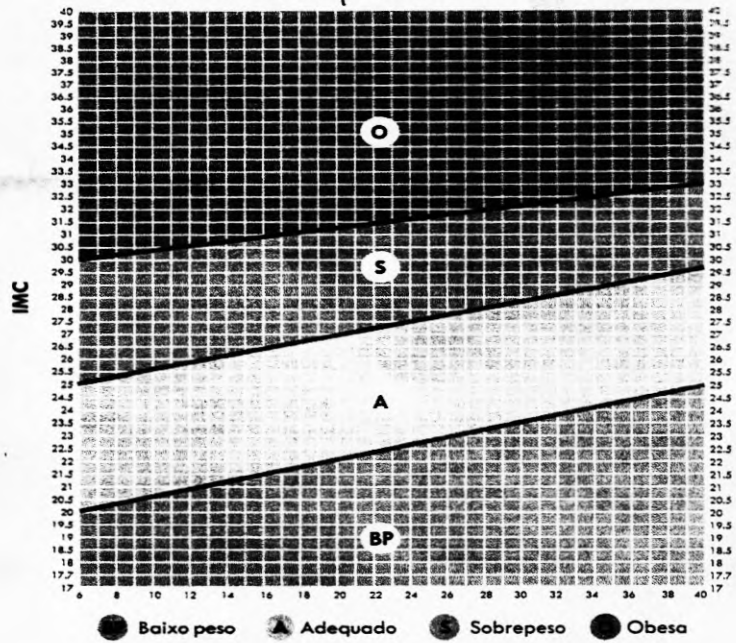


Gráfico de acompanhamento nutricional



Data Queixa IG-semanas Peso (kg)/IMC Edema Pressão arterial (mmHG) Altura uterina (cm) Apresentação fetal BCF/Mov. fetal Toque, se indicado Participou de atividades educativas SIM NÃO data / / data / / data / / Realizou visita à maternidade SIM NÃO data / /	Observação, diagnóstico e conduta	Observação, diagnóstico e conduta	Observação, diagnóstico e conduta	Observação, diagnóstico e conduta	Observação, diagnóstico e conduta	Observação, diagnóstico e conduta	Observação, diagnóstico e conduta	Observação, diagnóstico e conduta	Observação, diagnóstico e conduta
	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura
	Idade de gestação	Início trab. parto	Terminação	Recém-nascido			Alta materna	Alta do recém-nascido	Patologias do R.N.
	Semanas	Espontâneo Induzido	Espontâneo Cesárea Fórceps Outros	Sexo	Fem. <input type="radio"/> Masc. <input type="radio"/>	Neg. <input type="radio"/> Posit. <input type="radio"/>	Sadia <input type="radio"/> Transf. <input type="radio"/>	Sadio <input type="radio"/> Transf. <input type="radio"/>	Nenhuma <input type="radio"/> M. hial <input type="radio"/>
	Parto	Medicação no parto		APGAR 1º min.	5º min.	Reanimação	Com patol.	Óbito:	Apneias <input type="radio"/> Infecção <input type="radio"/>
	NÃO SIM	Anestesia local <input type="radio"/>	Tranq. <input type="radio"/>	Normal <input type="radio"/>	Normal	NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>	Óbito:	Óbito:	S. asp. <input type="radio"/> Hemorr. <input type="radio"/>
	Laceração <input type="radio"/>	Anestesia reg. <input type="radio"/>	Ocitocina <input type="radio"/>	Ex. físico imediato	Menor 2.500 g	Anormal <input type="radio"/>	Óbito:	Óbito:	Neurol. <input type="radio"/> Hiperb. <input type="radio"/>
	Dequit. espont. <input type="radio"/>	Anestesia geral <input type="radio"/>	Antibiótico <input type="radio"/>	Peso	Estatuta	Gravidez <input type="radio"/>	Óbito:	Óbito:	Neurol. <input type="radio"/> Hiperb. <input type="radio"/>
	Placenta compl. <input type="radio"/>	Anestesia geral <input type="radio"/>	Outra <input type="radio"/>	Peso/IG	Pequeno <input type="radio"/>	Parto <input type="radio"/>	Óbito:	Óbito:	A. cong. <input type="radio"/> Outra SDR <input type="radio"/>
		Analgesia <input type="radio"/>	Nenhum <input type="radio"/>	Per. cerf.	Idade exam. fis.	Puerpério <input type="radio"/>	Óbito:	Óbito:	
Temperatura	Lóquios		Amamentação			Exame de mamas			
Pressão arterial	Círculo cirúrgico								
Peso									



FICHA DE PROCEDIMENTOS

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

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

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

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nº PRONTUÁRIO										
Nº CARTÃO SUS										

Data de nascimento	Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano									

Local de Atendimento										
Escuta Inicial / Orientação										
Acupuntura com Inserção de Agulhas										
Administração de Vitamina A										
Cateterismo Vesical de Alívio										
Cauterização Química de Pequenas Lesões										
Cirurgia de Unha (Cantoplastia)										
Cuidado de Estomas										
Curativo Especial										
Drenagem de Abscesso										
Eletrocardiograma										
Exame Citopatológico de Colo Uterino										
Exame do Pé Diabético										
Exérese / Biópsia / Punção de Tumores Superficiais de Pele										
Fundoscopia (Exame de Fundo de Olho)										
Infiltração em Cavidade Sinovial										
Remoção de Corpo Estranho da Cavidade Auditiva e Nasal										
Remoção de Corpo Estranho Subcutâneo										
Retirada de Cerume										
Retirada de Pontos de Cirurgias										
Sutura Simples										
Triagem Oftalmológica										
Tamponamento de Epistaxe										
Teste Rápido	De Gravidez									
	Para HIV									
	Para Hepatite C									
	Para Sífilis									
Administração de Medicamentos	Oral									
	Intramuscular									
	Endovenosa									
	Inalação / Nebulização									
Outros (SIA)	Tópica									
	Penicilina para Tratamento de Sífilis									

Procedimentos Cirurgias

Procedimentos Consolidados

Total no Dia	Aferição de PA									
	Aferição de Temperatura									
	Curativo Simples									
	Coleta de material para Exame Laboratorial									
	Glicemia Capilar									
	Medição de altura									
	Medição de Peso									

Item 8



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



Secretaria da Saúde

CARTÃO DE IDENTIDADE E AGENDAMENTO

Nome: _____

Matrícula nº: _____

Data de Matr.: _____

Data de Nasc.: _____

Sexo _____

US: _____

SEU ATENDIMENTO DEPENDE DA APRESENTAÇÃO DESTE CARTÃO

Item 11



**PREFEITURA DE
MONTE ALTO**

Estado de São Paulo

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

HISTÓRICO DO PARTO

DATA ____/____/____

MATERNIDADE _____

PARTO-NORMAL _____

SEM EPISIOTOMIA

COM EPISIOTOMIA

OPERATÓRIO: _____

CESÁREA

FÓRCEPS

OUTROS _____

ANESTESIA _____

DEQUITAÇÃO: _____

NORMAL

PATOLÓGICA

ABORTAMENTO: DATA ____/____/____

IDADE DO ABORTO _____

SEMANAS _____

INTERCORRÊNCIAS _____

IG G ANTI-Rh _____

CONDIÇÕES DE ALTA _____

RECÉM-NASCIDO:

NATIVO

DE TERMO

PREMATURO

NATIMORTO

VITALIDADE _____

PESO AO NASCER _____

SEXO _____

ESTATURA _____

PC _____

INTERCORRÊNCIAS _____

CONDIÇÕES DE ALTA _____

ASS. DO MÉDICO _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

DEPENDÊNCIA: _____

Articulação de Saúde da Mulher

3033812

UNIDADE DE SAÚDE: _____

2021-1550

CARTEIRA DA GESTANTE

PRONTUÁRIO Nº _____

NOME _____

IDADE _____ A.

ENDEREÇO _____

BAIRRO _____

GESTAÇÃO _____

PARIDADE _____

ABORTO _____

CESÁREAS _____

ÚLTIMO PARTO HÁ _____

NÚMERO DE FILHOS VIVOS _____

ÚLTIMA MENSTRUÇÃO ____/____/____

DATA PROVAVEL DO PARTO ____/____/____

Rh: _____

POSITIVO

NEGATIVO

Item 12 Verso

CONS.	IDA GEST. (SEM.)	DATA RETORNO	PESO	PA	ALTURA UTERINA	APRESEN- TAÇÃO	FOGO	M.F.	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO	RUBRICA MÉDICO
1.ª											
2.ª											
3.ª											
4.ª											
5.ª											
6.ª											
7.ª											
8.ª											
9.ª											
10.ª											
11.ª											
12.ª											

EXAMES DATA ____ / ____ / ____

HT-HB _____

VDRL _____

URINA I _____

FEZES _____

VACINA ANTITÉTANICA: 1ª DOSE 2ª DOSE 3ª DOSE REFORÇO

COLPOCITOLOGIA - DATA ____ / ____ / ____

RESULTADO _____

OUTROS EXAMES _____

FEZES _____

OBSERVAÇÕES (TOQUE-INTERCORRÊNCIA) _____



Item 13

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

<< Saúde; Direito de Todos >>

MATRÍCULA Nº _____

NOME _____

U.B.S. _____



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

Nome da unidade requisitante _____ N° de Ordem _____
Cód. Unidade _____

Identificação do Paciente _____

Matricula _____ Est. _____ R.G. _____ DC _____ Seq. _____ Data Nasc. _____ Sexo _____
12 () Masc. 25 () Fem.

Nome _____

Município _____ Cód. Munic. _____

Suspeita Clínica _____

Data Primeiros Sintomas ____/____/____

Uso de A T B

Outro medicamento

Caso

SADT Solicitado _____ Comunicante de doença not. compulsória
Código _____

Diagnóstico Controle

N° Sessões _____

Material enviado _____

Data de requisição ____/____/____ 1.a Amostra 2.a Amostra

Nome da unidade que realizará o SADT _____

Encaminhado para _____ Cód. Unidade _____

Endereço _____ 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/ORDEN

DATA/ATENDIMENTO

Nº ORD.	MATRÍCULA	NOME DO PACIENTE	SEXO	IDADE	ATEND. NO ANO	TIPO ESPEC.	PR	PROC.	DIAGNOSTICO	CID
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	

MOD. PMMA 013

	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA:*
_____	_____	_____	_____	____/____/____

TURNO: * (M) (T) (N) PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Saúde	CNS DO PROFISSIONAL	CBO***
LOCAL DE ATIVIDADE Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)*** _____ CNES _____ OUTRA LOCALIDADE: _____ Nº DE PARTICIPANTES* _____ Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS _____	_____	_____

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

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	Famíliares	<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
<input type="checkbox"/> 15	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	<input type="checkbox"/> 15	Semana saúde na escola		Código do SIGTAP _____
<input type="checkbox"/> 16	Profissional de educação	<input type="checkbox"/> 16	Outros		
<input type="checkbox"/> 17	Outros				

Item 17 Verso

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

Item 18



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:

____/____/____

MÉDICO - CRM

Item 19

NOME

Nº MATR.:

DATA	R	E	ATENDIMENTO	RUBRICA

Item 19 Verso

NOME

Nº MATR.:

DATA	R	E	ATENDIMENTO	RUBRICA



Prefeitura Municipal de Monte Alto

DEPARTAMENTO DE SAÚDE MUNICIPAL

GUIA DE REFERÊNCIA

CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE COM ENDEREÇO E FONE

Município: _____ Especialidade Solicitada: _____																					
DRS: _____																					
I - Identificação do Paciente:																					
Nome: _____																					
Endereço: _____																					
Nasc: ____/____/____ Sexo: M () F () Fone: _____																					
Nome da Mãe: _____																					
CNS: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>																					
II - Justificação da Referência:																					
História Progressiva e Quadro Clínico: _____																					

Diagnóstico ou Hipótese Diagnóstica: _____																					

Exames Realizados - Data e Resultados: _____																					

Consulta Terapêutica: _____																					
III - Motivo do Encaminhamento:																					
<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA <input type="checkbox"/> TRATAMENTO <input type="checkbox"/> SEGUIMENTO <input type="checkbox"/> OUTRA ESPECIALIDADE <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO																					
IV - Nome do Médico Solicitante: _____ CRM: _____																					
Assinatura: _____ Data: ____/____/____																					
V - Agendamento para:																					
Unidade: _____ Especialidade: _____																					
Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____																					
Município: _____ Data: ____/____/____ Horário: _____																					
Nome e Assinatura do Responsável pelo Agendamento: _____																					
Data do Preenchimento: ____/____/____																					
"ESTA GUIA DE REFERÊNCIA DEVERÁ SER RIGOROSAMENTE PREENCHIDA PELO MÉDICO SOLICITANTE"																					

Item 22



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 _____ as _____,

onde passou por consulta médica, devendo retornar às suas atividades

normais.

Sem mais, atenciosamente

Monte Alto, _____ de _____ de 20____.

(Assinatura e carimbo Médico)

Item 23



PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE MONTE ALTO

"Dr. Adauto Freire de Andrade"



FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR:

DATA: / /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA:*

Nº

TURNO*

MICROÁREA*

TIPO DE IMÓVEL*

Nº PRONTUÁRIO

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

CNS do Cidadão
(Para visita periódica ou visita domiciliar para controle
vetorial, usar o CNS do responsável familiar)

Data de nascimento**

Dia/mês
Ano

Sexo** (F) Feminino (M) Masculino

Visita compartilhada com outro profissional

Cadastramento/Atualização

Visita periódica

Consulta

Exame

Vacina

Condicionalidades do Bolsa Família

Gestante

Puerpera

Recém-nascido

Criança

Pessoa com desnutrição

Motivo da visita*

Acompanhamento

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

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 Microárea: usar FA para Fora de Área ou 00 a 99 para o número da microárea.
 Tipo de Imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, barracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros
 Campo : campo numérico
 *Campo obrigatório
 **Campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

SECRETARIA DE SAÚDE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SÉRIE A

0112

N° 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 o artigo 5° 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 2° 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 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) _____

Item 27



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 13:30 e 16h*, 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

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

SÉRIE A

N.º de Cadastro
uso interno da Repartição

AUTO DE INFRAÇÃO

Nº 03103

Aos _____ dias do mês de _____ de 20_____

às _____ horas, eu _____

no exercício das atribuições como membro da equipe de Vigilância Sanitária, verifique que _____

_____ residente à _____

em _____ 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 sanitária vigente.

Ciente em _____ / _____ / _____

(Data)

Assinatura e identificação do Autuado

Assinatura e identificação da Autoridade Sanitária

Testemunhas (quando o infrator recusar assinar ou for analfabeto)

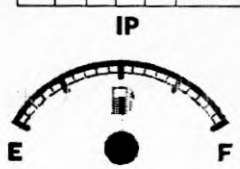
a) _____

b) _____



CHECK LIST DAS VIATURAS DO SAMU / MANUTENÇÃO PREVENTIVA

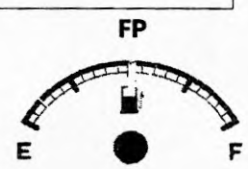
DATA:	PLACA:	VIATURA:
KM/IP:	KM/FP:	Prox. Troca de Óleo Motor KM:
ITENS DE CONTROLE PERIÓDICO		
SISTEMA ELÉTRICO		
1		Ar condicionado (Ar frio, ar quente, ventilação e exaustão)
2		Barra sinalizadora, sinalizadores (Dianteira, lateral e traseira)
3		Bateria
4		Faróis (Alto, baixo e lanterna) e Strobos
5		Iluminação interna compartimento dianteiro
6		Iluminação interna compartimento traseiro
7		Painel (Ponteiro, marcadores e lâmpadas indicadoras)
8		Pisca alerta, seta e luz de freio (Dianteira, lateral e traseira)
9		Sistema de ignição (bateria, alternador)
10		Sistema Sonoro (Buzina convencional, bitonal e emergência)
11		Tomada Inversora
12		Trava automática e chave
SISTEMA MECÂNICO		
13		Direção (hidráulica)
14		Embreagem (Acionamento)
15		Fechaduras e Batentes
16		Fluido de Freio (Verificar nível)
17		Fluido hidráulico (Verificar nível)
18		Freio (Cabo de estacionamento)
19		Freio dianteiro (Disco e pastilha)
20		Freio traseiro (Disco, pastilhas e lonas)
21		Manqueiras (identificar vazamentos)
22		Óleo de motor (Verificar nível)
23		Palhetas e esquicho do limpador
24		Pedais (Acelarador, freio e embreagem)
25		Pneus (Calibragem, alinhamento e balanceamento) []
26		Reservatório de água radiador (Verificar nível)
27		Reservatório de água do limpador de para brisa
28		Rodas (Verificar ruídos e identificar roda)
29		Sistema de Suspensão (Dianteira e traseira)
CARROCERIA, ACESSÓRIOS E SEGURANCA		
30		Bancos (Dianteiros e traseiros)
31		Cadeira de rodas
32		Chave de roda
33		Cilindro de Oxigênio Grande (Verificar manometro, fluxometro e mangueira)
34		Clindro de Oxigênio Portatéis (Verificar manomentro e fluxometro)
35		Cintos de segurança
36		Cone de sinalização (3)
37		Documento do veiculo
38		Estepe
39		Extintor de incêndio cabina
40		Extintor de incêndio compartimento traseiro
41		Maca articulada
42		Macaco hidráulico
43		Navegador portátil GPS
44		Portas (Dianteira, lateral e traseira)
45		Pranchas longa (Verificar montagem, limpeza e numeração) - IP = P1 [] P2 [] / FP = P1 [] P2 []
46		Rádio móvel (Viatura)
47		Triângulo
48		Vidros (Para-brisa, laterais e traseiro)



Abastecimento 1 _____ : _____ horas

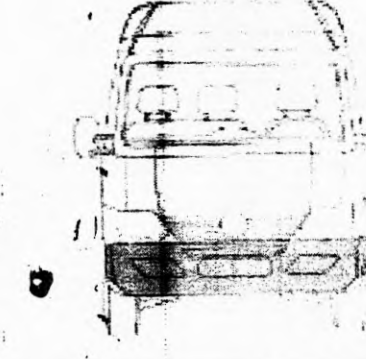
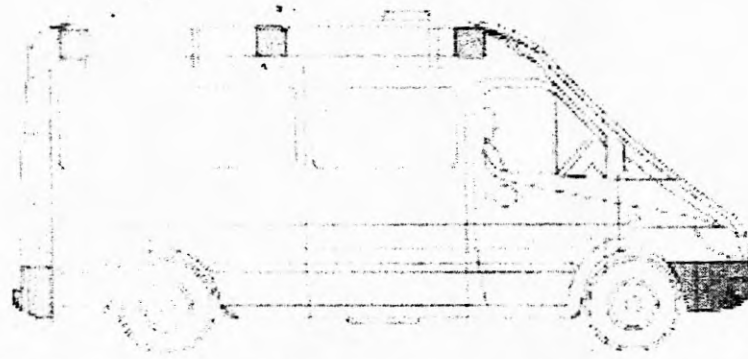
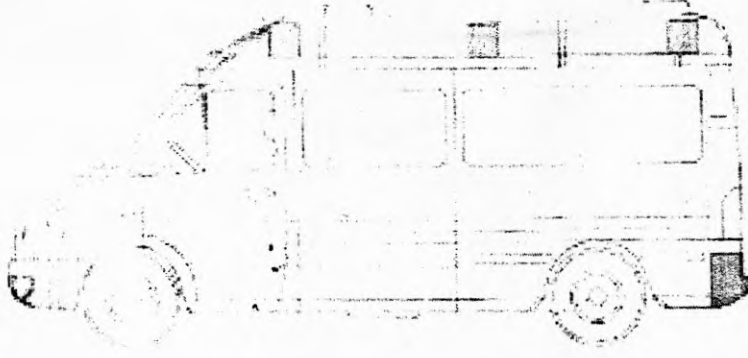
Abastecimento 2 _____ : _____ horas

Legendas: IT - Item B - Bom A - Ajustar R - Reparar T - Trocar IP: Início de Plantão FP: Final de Plantão



DANOS OU AVARIAS DO VEÍCULO

Identifique nas figuras abaixo as avarias encontradas.



Condições da Limpeza interna	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Limpar	<input type="checkbox"/> Lavar
Condições da Limpeza externa	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Limpar	<input type="checkbox"/> Encerar

Observações (preencher em caso de irregularidades ou intercorrências no plantão):

Declaro que li, entendi e estou de acordo com as informações contidas neste formulário

Nome do paciente	Bairro	Sala	Retorno	nº PR

Entrada		Saída	
Condutor Socorrista: _____	Condutor Socorrista: _____	Condutor Socorrista: _____	Condutor Socorrista: _____
Data: ____ / ____ / ____ Hr IP ____ : ____	Data: ____ / ____ / ____ Hr IP ____ : ____	Data: ____ / ____ / ____ Hr FP ____ : ____	Data: ____ / ____ / ____ Hr FP ____ : ____
Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____

Item 34



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



Sistema Único de Saúde

Secretaria da Saúde - Monte Alto/SP

Nome do paciente: _____

Origem do chamado: _____

Destino: _____

Data: ____ / ____ / ____ Hora da Saída: ____ : ____ Hora da Chegada: ____ : ____

Motorista: _____ Emfermagem: _____

Viatura: _____ Placa: _____ Km Inicial: _____ Km Final: _____

Responsável pelo Chamado: _____

Observações: _____



COUR

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



Secretaria da Saúde - Monte Alto/SP

DATA: ___/___/___

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 USB _____
 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 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

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 ()
 Moise ()
 Midriase ()

Reação a Luz

Direito () Sim () Não
 Esquerdo () Sim () Não

ESCORE DO GLASGOW IGUAL:

Item 35 Verso

LESÕES EVIDENTES								
Local	Lesão	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
() Guedel	() RCP	() Colar cervical	() Oximetria _____
() Aspiração	() Curativo compressivo	() Prancha longa	() Glicosimetria _____
() Ventilação Ambu	() Monitorização	() Prancha Curta/KED	() Parto
() Oxigenioterapia	() Reposição volêmica	() MSD () MSE	() Orientações gerais
		() MID () MIE	() Outros
			() Punção Venosa Perif.

Remoção / Destino

Hospital: _____

Observações: _____

Prof. Enfermagem: _____ Coren: _____

Motorista: _____

() recusa de atendimento	() 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 Urgência 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: 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 EXPLOSÃO TENTATIVA DE SUICÍDIO

ACID. CICLÍSTICO ATROPELAMENTO FERIM. ARMA BRANCA _____

ACID. MOTOCICLISTICO ELETROCUSSÃO FERIM. ARMA DE FOGO CINTO SEGURANÇA S N

ACID. SUBMERSÃO ESMAGAMENTO QUEDA ALTURA M CAPACETE S N

SINAIS E SINTOMAS

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

TIPOS E LOCALIZAÇÕES DOS AGRAVOS TRAUMÁTICOS

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



PACIENTE: _____		DATA: _____	
SINAIS VITAIS E ESCORES			
PA: _____ MMHG	FC: _____ BPM	FR: _____ IRPM	SAT O ² _____ %
PA: SISTÓLICA _____	DIÁSTOLICA _____	TAX: _____ °C	NÃO FOI POSSÍVEL AFERIR SIN. VITAIS <input type="checkbox"/>
AO: <input type="checkbox"/> 4 ESPONTÂNEA	<input type="checkbox"/> 3 ESTÍM. VERBAL	<input type="checkbox"/> 2 ESTÍM. DOLOROSO	<input type="checkbox"/> 1 AUSENTE
MRV: <input type="checkbox"/> 5 ORIENTADO	<input type="checkbox"/> 4 CONFUSA	<input type="checkbox"/> 3 PAL INAPROPRIA	<input type="checkbox"/> 2 SOM INCOMP <input type="checkbox"/> 1 AUSENTE
MRM: <input type="checkbox"/> 6 OBED COMANDO	<input type="checkbox"/> 5 LOCAL DOR	<input type="checkbox"/> 4 RET. MEMBRO	<input type="checkbox"/> 3 DECORTICAÇÃO <input type="checkbox"/> 2 DESCEREBRAÇÃO <input type="checkbox"/> 1 AUSENTE
ECG	PA SISTÓLIC	FREQ. RESP	ESC TRAUMA
13-15	4 > 89	4 10 a 29	4 R T S
9 a 12	3 76 a 89	3 > 29	3 ECG _____
6 a 8	2 50 a 75	2 6 a 9	2 PAS _____
4 a 5	1 1 a 49	1 1 a 5	1 FR _____
3	0 3	0 0	0 TOTAL _____
ESCALA COMA DE GLASGOW		AVALIAÇÃO DAS PUPILAS	
ABERT. OCULAR <input type="checkbox"/>		ISOCÓRICA <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	
MELHOR RESP. VERBAL <input type="checkbox"/>		ANISOCÓRICA <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	
MELHOR RESP MOTORA <input type="checkbox"/>		ANISOCÓRICA <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	
TOTAL = _____		MIDRIÁTICA <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	
ECG _____		MIÓTICA <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	
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"/> LUVA 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"/> UMS _____	<input type="checkbox"/> UPA _____	EM _____	<input type="checkbox"/> ÓBITO NO LOCAL
<input type="checkbox"/> PCTE NÃO LOCALIZADO	<input type="checkbox"/> ENDER NÃO LOCALIZADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> UR <input type="checkbox"/> 3°	<input type="checkbox"/> TROTE
<input type="checkbox"/> DISPENSADO / RECUSA POR _____			
PASSAGEM DE PLANTÃO			
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO _____	FUNÇÃO: _____		
PERTENCES _____	SENHA/RDI _____		
EQUIPE DE TRABALHO			
MOTORISTA _____	AUX / TEC. ENFERMAGEM _____	Nº COREN: _____	

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

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*

Apelido do(a) paciente

Nome Completo da Mãe*

CPF Nacionalidade

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

Dados Residenciais

Logradouro

Número Complemento

Bairro UF

Código Município Município

CEP - DDD Telefone -

Ponto de Referência

Escolaridade

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

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

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 areolo-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		

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

7a. Achados no exame clínico

Mama direita <input type="checkbox"/> Lesão papilar Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica Nódulo: Localização: <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA Espessamento: Localização: <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA Linfonodo palpável <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supradavicular		Mama esquerda <input type="checkbox"/> Lesão papilar Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica Nódulo: Localização: <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA Espessamento: Localização: <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA Linfonodo palpável <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supradavicular	
---	--	--	--

<input type="checkbox"/> 7b. Controle radiológico Categoria 3 Mama direita 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"/> Mama esquerda <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7c. Lesão com diagnóstico de câncer Mama direita 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"/> Mama esquerda <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante <input type="checkbox"/> Mama direita <input type="checkbox"/> Mama esquerda
---	--	--

<input type="checkbox"/> 7e. Revisão da mamografia com lesão, realizada em outra instituição Mama direita Categoria 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Categoria 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Categoria 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Categoria 5 <input type="checkbox"/> Mama esquerda <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno Mama direita 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"/> Mama esquerda <input type="checkbox"/>
---	--

8 - Mamografia de rastreamento
 8a. População alvo 8b. População de risco elevada (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 sintomas 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 25 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*
 Apellido da Mulher
 CPF 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

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

Atenção: Em caso de suspeita de câncer, não aguardar o resultado citopatológico e realizar o colposcopia.

Data da coleta* / / Responsável*

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório* _____ Número do Exame* _____
 Nome do Laboratório* _____ Recabido 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
- Atrófia com inflamação
- Radiação _____
- Outros; especificar: _____

MICROBIOLOGIA

- Neisseria* sp
- Coccus*
- 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* _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO
Pronto Socorro Municipal

TERMO DE DECLARAÇÃO

Eu, _____, RG nº _____,
CPF nº _____, Telefone: () _____ residente e domiciliado na
_____, Bairro _____, CEP, _____,
na cidade de _____, Estado _____, declaro que fui devidamente informado(a) pelo médico(a)
Dr.(a) _____ sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido(a), bem como as
pessoas que residem no mesmo endereço ou dos trabalhadores domésticos que exercem atividades no âmbito
residencial, com data de início _____, previsão de término _____, local de cumprimento da
medida _____.

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de isolamento domiciliar:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Assinatura da pessoa sintomática: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____: ____

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Item

42



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

CARTÃO - ÍNDICE

Nome _____

Matrícula Nº _____ Data de Matr. _____

Data de Nasc. _____ Sexo _____

Nome do Pai _____

Nome da Mãe _____

Seg. () Dep. ()

Depend. de _____

C.P.N.º: _____ Série _____

U.S. _____

Item 42 Verso

Endereço _____

1: _____

2: _____

3: _____

Transferido para _____

_____ Data _____

Observações: _____

Item

43



PREFEITURA DE MONTE ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA 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,



PREFEITURA DE MONTE ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA 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

Encaminhado por Conselho Tutelar Judiciário Outros _____
Data do Acolhimento ____/____/____
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 DE MONTE ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Serviço de Acolhimento Institucional "Luz e Vida"

Rua Florindo Cestari, n° 1282 – Centro – Telefone (16) 3241-3018
e-mail: luzevida@montealto.sp.gov.br – CEP 15910-000 – Monte Alto/SP

ESTUDO SOCIOECONÔMICO

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	Parentesco	Idade	Est. Civil	Local de Trabalho	Escolaridade	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 DE MONTE ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Serviço de Acolhimento Institucional "Luz e Vida"

Rua Florindo Cestari, 1282 – Centro – Monte Alto – SP - CEP 15910-000 –
Telefone (16) 3241-3018

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____ residente à
Rua/Av. _____, na cidade
de _____; na condição de Familiar ou Voluntário(a), responsabilizo-me
pelos(as) crianças e/ou adolescentes abaixo relacionados(as), do dia ____/____/____ a partir
das _____ hrs, para ficarem em minha companhia e sob minha responsabilidade, devendo
retornar a este serviço até às _____ hrs do dia ____/____/_____.

Nomes crianças e/ou adolescentes:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Deverei oferecer aos referidos(as) crianças e/ou adolescentes acima citados(as), no tempo que
estiverem sob minha responsabilidade, a proteção integral como preconiza o Estatuto da Criança e
do Adolescente - ECA.

Declaro estar ciente que as informações contidas neste Termo de Responsabilidade estarão à
disposição do Ministério Público e do Poder Judiciário da Comarca de Monte Alto/SP.

Monte Alto, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do Responsável

RG _____

Telefone _____

A series of approximately 35 horizontal black lines, evenly spaced, covering the majority of the page. These lines are intended for handwritten text.

Item

49



PREFEITURA DE MONTE ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

**Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CREAS**

NOTIFICAÇÃO EXTRAJUDICIAL

Monte Alto _____ de _____ de 201 ____.

A _____

(Nome)

Solicitamos o vosso comparecimento ao CREAS à
Rua Ananias de Carvalho, 1184 - Centro na data de

_____, às _____ para tratar de
assunto de seu interesse.

Observação:

O não comparecimento implicará no encaminhamento para o Juizado, podendo causar medidas mais severas (colocar essa frase sublinhada)

Atenciosamente.



PREFEITURA DE MONTE ALTO

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS

ESTUDO SOCIOECONÔMICO

I - Identificação

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

II - Composição Familiar

N.º	Nome	Parent.	Idade	Est. Civil	Escol.	Local de Trabalho	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 _____
 Qual o meio de transporte utilizado _____

IV - Habilitação

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

V - Atendimento Social da Comunidade

A família está em alguma obra social? _____
 Qual? _____ Tipo de Atendimento _____

VI - Atendimento Prestado Pelo Serviço Social

Tipo de Atendimento: _____
 Valor: _____
 Encaminhamento: _____
 Diagnóstico Social do Caso: _____

Data de entrada: ____/____/____

Ass.: _____



PREFEITURA DE MONTE ALTO

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Centro de Referência Especializado de Assistência Social

Rua Ananias de Carvalho, nº 1184 – Centro - Fone: (16) 3243-3646 ou 3242-5015

e-mail: creas@montealto.sp.gov.br ou creasmontealtosp@gmail.com – CEP:15.910-000 – Monte Alto / SP

Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) – art. 117 do ECA. Liberdade Assistida (LA) – art. 118 do ECA.

Orientações sobre o cumprimento da medida socioeducativa:

- 1.O(a) adolescente/jovem deverá frequentar o centro de atendimento semanalmente na medida de LA e quinzenalmente na medida de PSC (salvo exceções), sendo acompanhado(a) por um orientador(a).
- 2.A data de seu primeiro atendimento para elaboração do Plano Individual de Atendimento – PIA e dos demais atendimentos durante o tempo de medida estabelecido, serão agendados em carteirinha de identificação e agendamento (amarela) que lhe foi entregue. Data agendada ____/____/____
- 3.O(a) adolescente/jovem deve ter a responsabilidade de manter a carteirinha em boas condições e trazê-la em cada atendimento; cuidando para não perdê-la ou danificá-la.
4. No primeiro atendimento agendado para elaboração do PIA, o adolescente/jovem deve comparecer acompanhado de seu responsável e familiar com a seguinte documentação original: () Certidão de Nascimento, () RG, () CPF, () Carteira de Trabalho, () Título de Eleitor, () Reservista/ CAM, () Declaração escolar, () Comprovante de endereço, () Cartão SUS, () nº NIS – Cartão Bolsa Família.
- 5.A família e responsável deverá participar do decorrer do acompanhamento com o adolescente/jovem, por meio da participação em reuniões/grupos mensais e em atendimentos sempre que solicitado pelo(a) orientador(a).
- 6.A família receberá ao menos uma visita domiciliar durante o tempo de cumprimento da medida do(a) adolescente/jovem e sempre que necessário para verificar faltas e dar orientações.
- 7.O(a) adolescente/jovem receberá orientação quanto a profissionalização, cursos, inserção no mercado de trabalho e quanto a suas atitudes e comportamentos.
- 8.Se necessário o(a) adolescente/jovem será encaminhado a serviços de saúde e orientado a providenciar documentação pessoal.
- 9.Havendo impedimentos para comparecer no dia agendado, o(a) adolescente/jovem ou responsável deve justificar a falta ao orientador(a) por telefone com antecedência, devendo comparecer na semana seguinte, conforme agendado.
10. É tolerado apenas 10 minutos de atraso no atendimento agendado. Ao chegar atrasado, o(a) adolescente/jovem ficará com falta, sendo apenas remarcado o novo atendimento na carteirinha.
11. Na medida socioeducativa de PSC, o(a) adolescente/jovem, deverá realizar as atividades propostas pelo responsável do local em que cumprirá a medida; que a cada mês dará uma devolutiva quanto ao comportamento e desempenho do adolescente ao orientador(a).
12. O não comparecimento do(a) adolescente/jovem ao atendimento com o(a) orientador(a) sem justificativa, poderá levar à advertência judicial e/ou busca e apreensão do mesmo, com possível sanção de privação de liberdade pelo(a) juiz(a). Cientes.

Assinatura do adolescente

Assinatura do responsável

Assinatura do técnico



PREFEITURA DE MONTE ALTO

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS

PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO - PIA

1. IDENTIFICAÇÃO			
Nome:			
Data Nasc.: ____/____/____	Idade:	Telefone:	
Estado Civil: () Solteiro () Casado () União Estável () Outro _____			
Cor/ Etnia:	() Branca	() Preta	() Indígena () Amarela
Sexo:	() Masculino	() Feminino	Gênero:
Possui Filhos(as)?	() Não	() Sim	Quantos(as)? _____ Idade: _____
A família frequenta alguma religião?		() Não	() Sim. Qual?
O(A) adolescente frequenta alguma religião?		() Não	() Sim. Qual?
Filiação	Mãe:	Idade:	
	Pai:	Idade:	
Responsável:			Idade:
Grau de Parentesco:		Telefone:	
Telefone para recado:		Falar com:	

2. DOCUMENTAÇÃO PESSOAL			
Certidão de Nascimento: Fl.		Livro:	Nº
RG nº	Data exp.: ____/____/____	Orgão Exp.:	
Natural de:			
CPF nº			
CTPS nº		Série:	
Titulo de Eleitor nº		Zona:	Seção:
Alistamento Militar	Ano _____	() Sim Reservista nº	() Não
N.I.S nº			
Cartão SUS nº			
Providenciar:			

3. HABITAÇÃO			
Endereço:			Nº
Bairro:	Cidade:	Complemento:	



PREFEITURA DE MONTE ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS

Tipo da Residência	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Apto.	<input type="checkbox"/> Cortiço	<input type="checkbox"/> Pensão	<input type="checkbox"/> Barraco
	<input type="checkbox"/> Própria	<input type="checkbox"/> Cedida	<input type="checkbox"/> Ocupada	<input type="checkbox"/> Financiada R\$ _____	<input type="checkbox"/> Alugada R\$ _____
Espaço Físico da residência:					
Possui?	<input type="checkbox"/> Água	<input type="checkbox"/> Luz	<input type="checkbox"/> Esgoto	<input type="checkbox"/> Pavimentação	<input type="checkbox"/> Coleta de Lixo

4. ESCOLARIZAÇÃO/EDUCAÇÃO

Ingressou na escola com que idade:

Está estudando?	<input type="checkbox"/> Não	Última escola:			
		Série/Ano que parou:			
	<input type="checkbox"/> Sim	Escola:			Turno:
		Série/Ano:			
Histórico escolar (evasão, comportamento, desempenho, repetência):					
Acompanhamento psicopedagógico		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Local:	

5. RELATÓRIOS ESCOLARES E ACOMPANHAMENTO ESCOLAR

DATAS	OBSERVAÇÕES

6. REDE SOCIOASSISTENCIAL

Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim – Ano:	
CRAS	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim – Ano:	Local:
CREAS – PAEFI	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim – Ano:	
SCFV	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim – Ano:	Local:
Serviço de Acolhimento	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim – Ano:	Local:



PREFEITURA DE MONTE ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS

8. PROGRAMAS E PROJETOS SOCIAIS		
<input type="checkbox"/> Cad. Único	<input type="checkbox"/> Pró- Jovem. R\$	<input type="checkbox"/> Criança Feliz
<input type="checkbox"/> Bolsa Família. R\$	<input type="checkbox"/> BPC - <input type="checkbox"/> Idade <input type="checkbox"/> PCD	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Renda Cidadã. R\$	<input type="checkbox"/> Viva Leite	
<input type="checkbox"/> Ação Jovem. R\$	<input type="checkbox"/> Cesta Básica	

9. HISTÓRICO FAMILIAR
Relacionamento familiar, vínculos familiares, figura de autoridade, fragilidades familiares, potencialidades familiares, observações.

10.SAÚDE		
UBS de Referencia		
Tratamento de saúde?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim – Qual?
Medicação Controlada?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim – Qual ?
Uso de sub. Psicoativas?	<input type="checkbox"/> Não	Obs.:
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Uso contínuo. Desde: _____ Qual sub.? _____ Frequência: _____
		<input type="checkbox"/> Uso Interrompido. Desde: _____ Qual sub.? _____
Atendimento de psicologia?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Queixa: _____ Local: _____ Período: _____



PREFEITURA DE MONTE ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS

Atendimento psiquiatria?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Queixa: _____ Local: _____ Período: _____
Observações:		

11. PROFISSIONALIZAÇÃO		
Realizou cursos?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Quais? _____ Locais: _____
Interesses:		

12. ATIVIDADES LABORATIVAS		
Experiências anteriores:		
Ocupação atual:	<input type="checkbox"/> Com Vinculo	<input type="checkbox"/> Sem vinculo
Horário de trabalho:		
Local:	Salário: R\$	
Interesses:		

13. CULTURA, ESPORTE E LAZER			
Gosta de ler?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quais?
Gosta de assistir filmes e séries?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quais?
Gosta de música?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quais?
Pratica esporte?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quais? _____ Freq.: _____ Local: _____
Outras atividades:			
Observações:			



PREFEITURA DE MONTE ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS

14. SITUAÇÃO PROCESSUAL			
Procedência	<input type="checkbox"/> Poder Judiciário	<input type="checkbox"/> Fundação Casa	<input type="checkbox"/> Transferência
Medida Socioeducativa Aplicada	<input type="checkbox"/> Liberdade Assistida	Prazo: _____ Data de início: ____/____/____ Previsão de término: ____/____/____	
	<input type="checkbox"/> Prestação de Serviço a Comunidade Local: _____	Prazo: _____ Data de início: ____/____/____ Previsão de término: ____/____/____	
Dados Processuais	<input type="checkbox"/> 1º medida socioeducativa	<input type="checkbox"/> Reincidente	<input type="checkbox"/> Progressão p/ meio aberto
	Outras medidas: _____		
	Nº do Processo/Autos: _____		
	Ato infracional: _____		
	Data da sentença: ____/____/____		Data termo advertência: ____/____/____
Compareceu ao primeiro atendimento: <input type="checkbox"/> Voluntariamente <input type="checkbox"/> Busca Ativa do Creas <input type="checkbox"/> Outro:			

15. PLANEJAMENTO ATENDIMENTOS			
Atendimento Adolescente	Individual	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quinzenal
	Grupal	<input type="checkbox"/> Quinzenal	<input type="checkbox"/> Mensal
Atendimento Familiar	Individual	<input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> Trimestral
	Grupal	<input type="checkbox"/> Quinzenal	<input type="checkbox"/> Mensal
Visita domiciliar	<input type="checkbox"/> Trimestral		<input type="checkbox"/> Semestral

16. ATENDIMENTOS REALIZADOS COM ADOLESCENTE					
DATAS					



PREFEITURA DE MONTE ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS

17. ATENDIMENTOS REALIZADOS COM FAMÍLIA/RESPONSÁVEIS E GRUPOS					
DATAS					

18. ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS	
Data	Local
___/___/___	
___/___/___	
___/___/___	
___/___/___	
___/___/___	
___/___/___	
___/___/___	

19. ENVIO DE RELATÓRIOS PARA VARA DA INFANCIA E JUVENTUDE					
DATAS					

20. SUSPENSÃO/DESLIGAMENTO	
Data	Motivo
___/___/___	
___/___/___	
___/___/___	



PREFEITURA DE MONTE ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS

PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO - PIA

21. PROPOSTAS/OBJETIVOS/RESPONSABILIDADES/ METAS DO PIA

•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•

Monte Alto, _____ de _____ de _____.

Adolescente

Responsável

Técnico

Abordagem Diurna

Controle Diário de Abordagens

Data: / /

Nome	DN	Local	Psr/Mig	Procedimento
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				

Data: / /

Nome	DN	Local	Psr/Mig	Procedimento
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Controle Diário de Abordagens

Data : ___ / ___ / ___

Abordagem Diurna

Nome	DN	Local	Psr/Mig	Procedimento
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				

Data : ___ / ___ / ___

Nome	DN	Local	Psr/Mig	Procedimento
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				



Item 55

Centro de Referência Especializado de Assistência Social

Ficha de Identificação de Pessoas em Situação de Rua

Data / /

() PSR () Migrante/ Trecheiro

Nome: _____ DN: _____ Idade _____

Possui documentação: () Sim () Não RG: _____ CPF: _____

Naturalidade: _____ - _____ Cor: () Branco () Pardo () Negro

Motivo pelo qual esta em situação de rua : () alcoolismo () Uso de drogas () conflitos familiares

() desemprego () outros _____

Tempo de moradia na rua: _____

Tempo de permanência em Monte Alto : _____

Motivo pelo qual permaneceu no município: () facilidade de conseguir dinheiro () cidade acolhedora

() facilidade para conseguir emprego () familiares no município () rota de acesso fácil

() Outros: _____

Onde costuma ficar durante o dia: _____

Onde costuma dormir: () casa abandonada () rua

() outros _____

Onde costuma alimentar: _____

Tem contato com algum familiar? () Sim () Não

Dados dos Familiares: _____

Esta no Cadunico: () Sim () Não Recebe Bolsa Família? : () Sim () Não Valor: R\$ _____

Tem trabalho remunerado?: () Sim Qual: _____ () Não

Outra fonte de renda: () reciclagem () Pede dinheiro () Aposentadoria () BPC

() Auxílio Doença Valor: R\$ _____ () Outros: _____

Sabe ler e escrever?: () Sim () Não () Sabe escrever apenas o nome Escolaridade: _____

Experiência profissional: () nunca trabalhou () Pedreiro/ ajudante de pedreiro () serviços gerais

() Lavoura () mecânico () Outros: _____

Possui problema de saúde? () Sim () Não Qual? _____

Realiza tratamento médico? () Sim () Não Onde? _____

O que é preciso para você viver melhor? _____

Obs.: _____

Ass. Técnico: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal de Assistência Social

TRIAGEM SÓCIO ECONÔMICA

I - Identificação

Nomê: _____ Data de Nasci.: ____/____/____

Endereço: _____ Bairro: _____

Estado Civil: _____ Telefone: _____ Grau de Escolaridade: _____

Profissão: _____ Salário: _____

Local de Trabalho: _____ Cargo: _____ Previdência: _____

Nome do Pai: _____ Idade: _____

Local de Trabalho: _____ Profissão: _____ Salário: _____

Nome da Mãe: _____ Idade: _____

Local de Trabalho: _____ Profissão: _____ Salário: _____

Nome do Cônjuge: _____ Idade: _____

Profissão: _____ Salário: _____

Local de Trabalho: _____ Cargo: _____

Grau de Escolaridade: _____ Previdência: _____

II - Composição Familiar

N.º	Nome	Parent.	Idade	Est. Civil	Escol.	Local de Trabalho	Previd.	Salário

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

III - Transportes

Possui Condução Própria? _____ Tipo _____
Qual o meio de transporte utilizado _____

IV - Habilitação

Própria (já paga) Alugada

Própria (pagando) Cedida Valor R\$ _____

V - Atendimento Social da Comunidade

A família está em alguma obra social? _____

Qual? _____ Tipo de Atendimento _____

Tipo de Atendimento: _____

Valor: _____

Encaminhamento: _____

Diagnóstico Social do Caso: _____

Observações: _____

Item 58



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal de Assistência Social

Monte Alto, _____ de _____ de 20____

Mem. Nº _____ / _____

Solicitamos atendimento a(s) Sr. (a)

Atenciosamente,

Assistente Social

Modelo para Envelope



SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Av. José Luís Franco da Rocha, 143 – Centro – Monte Alto/SP – CEP 15910 - 000

MEDIDA 23 CM X 11,5 CM



Conselho Tutelar

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

E-mail: 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: _____

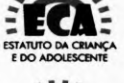
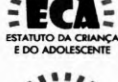
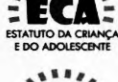
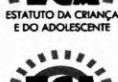
Nome: _____

Data Nasc.: _____ Fone: _____

Endereço: _____

Pai: _____

Mãe: _____





MONTE ALTO - SP

Conselho Tutelar

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

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

Termo de Declaração

Aos _____ dias do mês _____ de _____, estando presente os(as) Sr.(as) _____, residente (s) a _____ nesta cidade, responsável (eis) pela(s) criança(s) e/ou adolescente (s): _____

_____ que declarou:

Por ser verdade o acima exposto, assina o presente termo.

RG



Conselho Tutelar

Rua: Coronel Pires Penteadado, 335 - Centro - Fones: (16) 3242-7851 / 3242-1329
Email: 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:** _____





Conselho Tutelar

Rua Coronel Pires Pentead, 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) _____, 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)
RG: _____

Adolescente (s)



Conselho Tutelar

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

E-mail: 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



GUARDA CIVIL MUNICIPAL

Av. Comendador Bonfiglioli, 200 - Centro
Telefone: (16) 3242-1317
Emergência: 199 Defesa Civil



SEGURANÇA
O Direito é seu, o dever é nosso

TALÃO DE OCORRÊNCIA - G.C.M. Nº

AUTORIA CONHECIDA <input type="checkbox"/>	AUTORIA DESCONHECIDA <input type="checkbox"/>	Nº B.O. DEL/POL.	CÓDIGO VTR	POSTO	Nº B.O.P.M.
--	---	------------------	------------	-------	-------------

DATA DE EMISSÃO	HORA FATO	HORA IRRAD.	HORA NO LOCAL	KM INICIAL	KM FINAL	1º TÉRMINO	2º TÉRMINO
-----------------	-----------	-------------	---------------	------------	----------	------------	------------

NATUREZA DA OCORRÊNCIA	CÓDIGO/OCORRÊNCIA
------------------------	-------------------

LOCAL

BAIRRO OU PROPRIEDADE RURAL	VILA
-----------------------------	------

QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

VÍTIMA <input type="checkbox"/>	INDICIADO <input type="checkbox"/>	CRIANÇA MENOR 12 ANOS <input type="checkbox"/>	ADOLESCENTE MENOR 18 ANOS <input type="checkbox"/>	PARTE NÃO DEFINIDA <input type="checkbox"/>	SOLICITANTE <input type="checkbox"/>	TESTEMUNHA <input type="checkbox"/>	Nº DA ORDEM <input type="checkbox"/>	TEL Nº
NOME								
RESIDÊNCIA (RUA, Nº, APTO)								
BAIRRO - CIDADE			ESTADO	DOCUM.	Nº DO DOCUMENTO		ESTADO	
NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL								

VÍTIMA <input type="checkbox"/>	INDICIADO <input type="checkbox"/>	CRIANÇA MENOR 12 ANOS <input type="checkbox"/>	ADOLESCENTE MENOR 18 ANOS <input type="checkbox"/>	PARTE NÃO DEFINIDA <input type="checkbox"/>	SOLICITANTE <input type="checkbox"/>	TESTEMUNHA <input type="checkbox"/>	Nº DA ORDEM <input type="checkbox"/>	TEL Nº
NOME								
RESIDÊNCIA (RUA, Nº, APTO)								
BAIRRO - CIDADE			ESTADO	DOCUM.	Nº DO DOCUMENTO		ESTADO	
NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL								

VÍTIMA <input type="checkbox"/>	INDICIADO <input type="checkbox"/>	CRIANÇA MENOR 12 ANOS <input type="checkbox"/>	ADOLESCENTE MENOR 18 ANOS <input type="checkbox"/>	PARTE NÃO DEFINIDA <input type="checkbox"/>	SOLICITANTE <input type="checkbox"/>	TESTEMUNHA <input type="checkbox"/>	Nº DA ORDEM <input type="checkbox"/>	TEL Nº
NOME								
RESIDÊNCIA (RUA, Nº, APTO)								
BAIRRO - CIDADE			ESTADO	DOCUM.	Nº DO DOCUMENTO		ESTADO	
NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL								

VÍTIMA <input type="checkbox"/>	INDICIADO <input type="checkbox"/>	CRIANÇA MENOR 12 ANOS <input type="checkbox"/>	ADOLESCENTE MENOR 18 ANOS <input type="checkbox"/>	PARTE NÃO DEFINIDA <input type="checkbox"/>	SOLICITANTE <input type="checkbox"/>	TESTEMUNHA <input type="checkbox"/>	Nº DA ORDEM <input type="checkbox"/>	TEL Nº
NOME								
RESIDÊNCIA (RUA, Nº, APTO)								
BAIRRO - CIDADE			ESTADO	DOCUM.	Nº DO DOCUMENTO		ESTADO	
NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL								

APOIO:	AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/>	CARRO DE PRESO <input type="checkbox"/>	FISCAL MUNICIPAL <input type="checkbox"/>	VTR PM <input type="checkbox"/>	DEFESA CIVIL <input type="checkbox"/>	DELEGADO <input type="checkbox"/>	QUANTAS FOLHAS COMPÕE ESTE T.O.?
	BOMBEIRO <input type="checkbox"/>	CARRO DE CADÁVER <input type="checkbox"/>	JUIZADO DE MENORES <input type="checkbox"/>	VTR p/ CIVIL <input type="checkbox"/>	DDM <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>	



PREFEITURA DE
MONTE ALTO



GUARDA PATRIMONIAL MUNICIPAL

Fone: 16 3241-2513

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA

Nº _____

DATA	HORA INÍCIO	HORA FIM	KM INICIAL	KM FINAL
/ /	:	:	/	/

NATUREZA:

LOCAL:

ENDEREÇO:

RESPONSÁVEL PELO PATRIMÔNIO

NOME:

FONE:

TESTEMUNHA

NOME:

FONE:

ENDEREÇO:



RELATÓRIO N° . _____

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ REFERÊNCIA: _____

SOLICITANTE: _____ TEL: _____

ENDEREÇO DO SOLICITANTE: _____

HORÁRIO DO AVISO: _____ : _____ CONTROLADOR (A): _____

HORÁRIO DE SAÍDA (VTR): _____ : _____ KM DE SAÍDA (VTR): _____

HORÁRIO DE RETORNO (VTR): _____ : _____ KM RETORNO (VTR): _____

EQUIPE: _____ (VTR): _____

OBS: _____

RELATÓRIO N° . _____

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ REFERÊNCIA: _____

SOLICITANTE: _____ TEL: _____

ENDEREÇO DO SOLICITANTE: _____

HORÁRIO DO AVISO: _____ : _____ CONTROLADOR (A): _____

HORÁRIO DE SAÍDA (VTR): _____ : _____ KM DE SAÍDA (VTR): _____

HORÁRIO DE RETORNO (VTR): _____ : _____ KM RETORNO (VTR): _____

EQUIPE: _____ (VTR): _____

OBS: _____

RELATÓRIO N° . _____

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ REFERÊNCIA: _____

SOLICITANTE: _____ TEL: _____

ENDEREÇO DO SOLICITANTE: _____

HORÁRIO DO AVISO: _____ : _____ CONTROLADOR (A): _____

HORÁRIO DE SAÍDA (VTR): _____ : _____ KM DE SAÍDA (VTR): _____

HORÁRIO DE RETORNO (VTR): _____ : _____ KM RETORNO (VTR): _____

EQUIPE: _____ (VTR): _____

OBS: _____

Item 69

AREA AZUL

ESTACIONAMENTO ROTATIVO

Série X

1 HORA

VALOR
R\$ 1,00

64365

PLACA DO VEICULO

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.

Item 69 Verso

"ÁREA AZUL"

A PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO conforme **LEI MUNICIPAL Nº 2630 DE 10 DE MARÇO DE 2010**, 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, horas e minutos 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 Artigo 3º do **Decreto nº 1.627 de 27 de Julho de 2001.**"
- 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 revenda da Área Azul.

**Use sempre o cartão
à venda no comércio.**

Evite multas ou remoção.

Item 70

NOTIFICAÇÃO	SÉRIE	ÁREA AZUL	 PREFEITURA DE MONTE ALTO
9001	I		

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Período Ultrapassado | <input type="checkbox"/> 7 Renovação de Cartão na Mesma Vaga |
| <input type="checkbox"/> 2 Rasuras | <input type="checkbox"/> 8 Outras irregularidades (Especificar) |
| <input type="checkbox"/> 3 Uso de Lápis | _____ |
| <input type="checkbox"/> 4 Falta de Cartão | _____ |
| <input type="checkbox"/> 5 Cartão em Branco | _____ |
| <input type="checkbox"/> 6 Horário Adiantado | _____ |

Número da Placa:

Cidade: UF:

Marca/Modelo do Veículo:

Cor:

Local Infração Rua:

N°

Orientador(a) N° Monte Alto/dia

Item 73

**PREFEITURA DE MONTE ALTO - ÁREA AZUL
MOVIMENTO DE COMÉRCIO**

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 Nº****Nome Interessado:****Placa Veículo:****Nº A.I.T.:****ENQ.:****Endereço:****Cidade:****CEP:**

DATA RECEBIMENTO	Nº. AIT	RÚBRICA	DATA REUNIÃO	RESULTADO	RÚBRICA

Item

75



PREFEITURA DE
MONTE ALTO



Departamento de Trânsito

Marca/Modelo: _____

Placa: _____

Mês de Vencimento: _____

Item 75 Verso

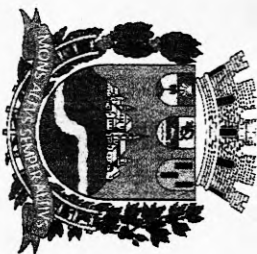
DEMUTRAN

**Departamento Municipal de
Trânsito de Monte Alto**



Fone: (16) 3244-3048

Rua Ananias de Carvalho, 1554



Prefeitura Municipal de Monte Alto
Departamento de Trânsito

Rua Dr. Ananias de Carvalho, 1.554 - Centro - 15910-000 - Monte Alto - SP

Tel.: (16) 3244-3048 - Email: demutran@montealto.sp.gov.br

Item

77



DEPARTAMENTO MUNICIPAL
DE TRÂNSITO DE MONTE ALTO - SP

AUTO DE INFRAÇÃO DE TRÂNSITO
AIT

7A5

RELATÓRIO TRANSPORTES SEMANAL

Veículo Placa _____ Modelo _____ Motorista _____ Período ____/____/____

Data	KM Inicial	KM Final	SAÍDA		SERVIÇOS 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.

Item 79

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO AUTORIZAÇÃO DE VENDA / SERVIÇOS

DATA: ____ / ____ / ____

Local de Uso: _____

Fornecedor: _____

Autorizado por: _____

ITEM	QT.	DESCRIÇÃO

Assinatura Legível



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Estado de São Paulo

Item 80
14000

REQUISIÇÃO DE COMBUSTÍVEL

Motorista: _____

Placa: _____

Marca: _____

km.

Qtd.

Gasolina: _____

Diesel: _____

Álcool: _____

Assinatura Motorista: _____

Assinatura Resp. Entrega: _____

Data: ____ / ____ / ____

Encarregado

Item 81 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

AUTORIZAÇÃO PARA SAÍDA DE FUNCIONÁRIOS DURANTE O EXPEDIENTE

Nome _____

Data de Saída ____ / ____ / ____ Hora de Saída _____ Hora de Chegada _____

Motivo da Saída _____

Assinatura do Funcionário

Autorizado Sim () Não ()



PREFEITURA DE
MONTE ALTO



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	

Ficha Remissiva

Item

83

10 Sobrenome

20 Nome do aluno

30 Registro de Matrícula (RM)

FICHA INDIVIDUAL DO ALUNO - (Ensino Fundamental)



Mem 84

NOME DA ESCOLA _____

NOME DO ALUNO _____

RM _____

DATA NASC. _____

SEXO M F

ANO: **20**

CURSO / HABILITAÇÃO

CLASSE(S) T S I N° CH

CURSA A SÉRIE PELA VEZ

ANO: **20**

CURSO / HABILITAÇÃO

CLASSE(S) T S I N° CH

CURSA A SÉRIE PELA VEZ

COMPONENTE CURRICULAR	ASSIDUIDADE				L. Portuguesa	História	Geografia	Ciências	Matemática	Inglês	Ed. Física	Ed. Artística	E. Religioso
	1°	2°	3°	4°									
FALTAS BIMESTRAIS													
Aus Comp.													
Total Faltas													
Aulas Dadas													
% Inf. a 75%													
BIMESTRAIS	1°												
	2°												
	3°												
	4°												
M. FINAL 5°													

COMPONENTE CURRICULAR	ASSIDUIDADE				L. Portuguesa	História	Geografia	Ciências	Matemática	Inglês	Ed. Física	Ed. Artística	E. Religioso
	1°	2°	3°	4°									
FALTAS BIMESTRAIS													
Aus Comp.													
Total Faltas													
Aulas Dadas													
% Inf. a 75%													
BIMESTRAIS	1°												
	2°												
	3°												
	4°												
M. FINAL 5°													

RESULTADO FINAL (CÓDIGO)

O ALUNO ESTÁ APTO A CURSAR A SÉRIE DO

OBSERVAÇÕES

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

SECRETÁRIO _____

DIRETOR DE ESCOLA _____

RESULTADO FINAL (CÓDIGO)

O ALUNO ESTÁ APTO A CURSAR A SÉRIE DO

OBSERVAÇÕES

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

SECRETÁRIO _____

DIRETOR DE ESCOLA _____



FICHA INDIVIDUAL DO ALUNO - (Ensino Fundamental)

NOME DA ESCOLA	
NOME DO ALUNO	
DATA NASC.	SEXO
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
RM	

ANO	CURSO / HABILITAÇÃO										CURSAA SÉRIE PELA	VEZ		
20	CLASSE(S)		T	S	t	Nº CH								
COMPONENTES CURRICULAR	ASSIDUIDA													
	FALTAS													
	1º													
	2º													
	3º													
	4º													
	Aus Comp.													
Total Faltas														
Aulas Dadas														
% Inf. a 75%														
AVALIAÇÃO	BIMESTRAIS													
	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)			

SECRETÁRIO _____ DIRETOR DA ESCOLA _____

ANO	CURSO / HABILITAÇÃO										CURSAA SÉRIE PELA	VEZ		
20	CLASSE(S)		T	S	t	Nº CH								
COMPONENTES CURRICULAR	ASSIDUIDA													
	FALTAS													
	1º													
	2º													
	3º													
	4º													
	Aus Comp.													
Total Faltas														
Aulas Dadas														
% Inf. a 75%														
AVALIAÇÃO	BIMESTRAIS													
	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)			

SECRETÁRIO _____ DIRETOR DA ESCOLA _____

item

86

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	
52	
53	
54	
55	
R. PROF.	

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	
52	
53	
54	
55	
R. PROF.	

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	
52	
53	
54	
55	
R. PROF.	

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	
52	
53	
54	
55	
R. PROF.	

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	
52	
53	
54	
55	
R. PROF.	

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	
52	
53	
54	
55	
R. PROF.	

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	
52	
53	
54	
55	
R. PROF.	

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	
52	
53	
54	
55	
R. PROF.	

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	
52	
53	
54	
55	
R. PROF.	

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	
52	
53	
54	
55	
R. PROF.	

Item

88

NOME DO ALUNO

RM



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO

ESCOLA

--

CONTÊUDOS PROGRAMÁTICOS	OBSERVAÇÕES
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	

OBSERVAÇÕES GERAIS:

ATA DO CONSELHO DE SÉRIE

REALIZADO EM ____ / ____ / ____
SÉRIE DO ENSINO _____

ASSINATURAS

COORDENADORA _____

SECRETARIA _____

DIRETORA _____

Item

90



PREFEITURA DE MONTE ALTO



BRIGADA DE INCÊNDIO

EMERGÊNCIA 199

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA


Nº _____

DATA	HORÁRIO DO CHAMADO	HORA INICIAL	HORA FINAL
/ /	:	:	:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:
LOCAL:
ENDEREÇO:
BAIRRO / CIDADE:

SOLICITANTE	
NOME:	FONE:
ENDEREÇO:	
BAIRRO / CIDADE:	

Rua Jeremias de Paula Eduardo, 591 - Centro - Monte Alto - SP
 Telefones: (16) 3241 2513
 e-mail: guarda.patrimonial@montealto.sp.gov.br

www.montealto.sp.gov.br  PrefMonteAlto



item

90 verso

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA / FATOS:

APOIO	AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/>	FISCAL PREFEITURA <input type="checkbox"/>	POLÍCIA MILITAR <input type="checkbox"/>	BOMBEIROS <input type="checkbox"/>
	ESCOLTA DE PRESO <input type="checkbox"/>	GUARDA CIVIL <input type="checkbox"/>	DEFESA CIVIL <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>
BRIGADISTA RESPONSÁVEL	BRIGADISTA/MOTORISTA	BRIGADISTA AUXILIAR	VISTO DIRETOR/COORD.	
Nome:	Nome:			



PREFEITURA DE MONTE ALTO



SECRETARIA DE FINANÇAS E ORÇAMENTO
DEPARTAMENTO DE I.C.M.S.

Rua Dr. Rauli da Rocha Medeiros, 1390 - Centro - Monte Alto - SP

Telefone: (16) 3244 3113 - Ramal 3147/3148

icms.libia@montealto.sp.gov.br

www.montealto.sp.gov.br PrefMonteAlto

