



PROJETO BÁSICO/TERMO DE REFERÊNCIA

Nº 2017.10.24.01-SMS

I – INFORMAÇÕES PRIMÁRIAS E CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA

1. **ORGÃO(S) SOLICITANTE(S):** SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
2. **ÓRGÃO GERENCIADOR:** SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
3. **DOTAÇÃO(ÕES) ORÇAMENTÁRIA(S):** Não se aplica.
4. **FONTE(S) DE RECURSO:** Não se aplica.
5. **VALOR(ES) GLOBAL ESTIMADO(S):** R\$ 713.178,60 (setecentos e treze mil cento e setenta e oito reais e sessenta centavos).

II – DETALHAMENTO DA DESPESA

6. **OBJETO:** REGISTRO DE PREÇOS PARA FUTURAS E EVENTUAIS AQUISIÇÕES DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA ATENDER AS NECESSIDADES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DO HOSPITAL JOSÉ MARIA PHILOMENO GOMES E VIGILÂNCIA EM SAÚDE, DE INTERESSE DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PACAJUS/CE.

7. JUSTIFICATIVA:

A presente contratação justifica-se, tendo em vista que, a Secretaria de Saúde não dispõe de equipamentos necessários para confecção do objeto deste termo de referência. Além disso, precisamos de material de apoio para atender a demanda das atividades das unidades vinculadas à Saúde e, pois há uma crescente demanda de tal forma que se faz necessário o lançamento de procedimento licitatório para a contratação de empresa apta a fornecer o objeto constante deste termo de referência.

8. **DEMAIS OBSERVAÇÕES:** Tudo conforme anexo I.

III – DAS CONDIÇÕES DE ENTREGA/FORNECIMENTO

9. **PRAZO E LOCAL DE ENTREGA/FORNECIMENTO:** Em até **05 (cinco) dias corridos**, a contar da emissão da ORDEM DE COMPRA, nos locais determinados pela solicitante.

10. **PRAZO DE VIGÊNCIA:** A Ata de Registro de Preços produzirá seus jurídicos e legais efeitos a partir data de sua assinatura e vigorará pelo prazo de **12 (DOZE) MESES**, admitindo-se, porém, a prorrogação da vigência dos contratos dela decorrente, nos termos do artigo 57, da Lei Federal nº 8.666/93, se a proposta registrada continuar se mostrando mais vantajosa à administração, satisfeitos os demais requisitos do Decreto Municipal nº 024/2017 de 06 de fevereiro de 2017.

11. **PAGAMENTO:** O Pagamento será efetuado na proporção de entrega dos produtos, em até 30 (TRINTA) DIAS após a emissão da Nota Fiscal, mediante atesto do recebimento dos produtos e o encaminhamento da documentação necessária, observada todas as disposições pactuadas, através de crédito na conta bancária da Detentora.

IV – DOS PREÇOS OFERTADOS E DA FORMULAÇÃO DA PROPOSTA



ESTADO DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS



12. Na proposta de preços deverá constar as especificações detalhada do item/lote, tipo e quantidade solicitada, em moeda nacional, em algarismo e por extenso, já considerando todas as despesas, tributos, impostos, taxas, encargos e demais despesas que incidam direta ou indiretamente sobre os itens, mesmo que não estejam registrados nestes documentos;
13. Será considerada vencedora a licitante cuja proposta contenha o **Menor preço por Lote**, desde que atenda as exigências contidas neste Termo de Referência e no edital de licitação.
14. A(s) Secretaria(s) Municipal(is) poderão se valer da análise técnica do objeto, antes da adjudicação e homologação da licitante, para verificação do atendimento das especificações mínimas dos itens constantes no Projeto Básico/Termo de Referência.
15. O fornecimento dos produtos licitados será feito de forma fracionada, de acordo com a necessidade do órgão interessado durante o prazo de contratação, mediante a expedição de periódicas **ORDENS DE COMPRA**, pela Secretaria Gestora, constando a quantidade de itens a serem entregues.

V – DA FORMALIZAÇÃO DA ATA DE REG. DE PREÇOS, FISCALIZAÇÃO E GESTÃO DO CONTRATO:

16. A Administração Municipal, por meio da Secretaria Gerenciadora do procedimento licitatório e os demais órgãos participantes, formalizará, por meio de Ata de Registro de Preços, as condições e os preços que, eventualmente, poderão vir serem adquiridos pela(s) Secretaria(s) contratante(s), por meio de Contrato(s) a serem firmados e oriundos da respectiva Ata.
17. O fornecimento dos produtos será acompanhado e fiscalizado por servidor da Secretaria, o qual deverá atestar os documentos da despesa, quando comprovada a fiel e correta entrega dos produtos, para fins de pagamento.
18. A presença da fiscalização da Secretaria não elide nem diminui a responsabilidade da empresa contratada.
19. Caberá ao servidor designado rejeitar totalmente ou em parte, qualquer produto que não esteja de acordo com as exigências, bem como, determinar prazo para substituição do mesmo eventualmente fora de especificação.
20. O Gestor do Contrato, será exercido pelo Secretário(a) da respectiva Pasta ou quem este designar, o qual deverá exercer em toda sua plenitude a ação de que trata a Lei nº 8.666/93, alterada e consolidada.

VI – DAS OBRIGAÇÕES

21. DO ÓRGÃO GERENCIADOR:

Competirá ao Órgão Gestor do Registro de Preços:

- I. Gerenciar a Ata de Registro de Preços;
- II. Providenciar, sempre que solicitada, a indicação do fornecedor detentor de preço registrado, para atendimento às necessidades da Administração, obedecendo à ordem de classificação e aos quantitativos definidos nesta Ata;
- III. Conduzir os procedimentos relativos a eventuais renegociações dos preços registrados;
- IV. Aplicar as seguintes penalidades por descumprimento do pactuado na Ata de Registro de Preços:
 - a) Advertência.
 - b) Multa, na forma prevista no instrumento convocatório ou nesta Ata.
 - c) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Pública, por prazo **não superior a 05 (cinco) anos**.
- V. Cancelar o registro do fornecedor detentor do preço registrado, em razão do disposto no Decreto Municipal Nº 024/2017 de 06 de fevereiro de 2017;



ESTADO DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS



VI. Comunicar aos Órgãos Participantes do SRP a aplicação de penalidades ao fornecedor detentor de preços registrados.

22.DA DETENTORA DO REGISTRO:

O detentor do registro de preços, durante o prazo de validade da Ata de Registro de Preços fica obrigado a:

- I. Atender a todos os pedidos efetuados pelos órgãos e entidades participantes do SRP, bem como aqueles decorrentes de remanejamento de quantitativos registrados na Ata, durante a sua vigência, mesmo que a execução do objeto esteja prevista para data posterior à do seu vencimento;
- II. Fornecer os bens ofertados, por preço unitário registrado, nas quantidades indicadas pelos participantes do Sistema de Registro de Preços, mediante formalização de contrato, no prazo estabelecido na Ordem de Compra;
- III. Responder no prazo de **até 05(cinco) dias** a consultas do Órgão Gestor de Registro de Preços sobre a pretensão de órgãos/entidades não participantes de utilizar a Ata na condição de Órgão/Entidade Interessado;
- IV. Estar ciente que os materiais adquiridos estarão sujeitos à aceitação pelo órgão recebedor, ao qual caberá o direito de recusar caso não esteja de acordo com o especificado e seja um produto de qualidade inferior ao solicitado.
- V. Aceitar, nas mesmas condições pactuadas inicialmente, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, a critério da administração pública, respeitando-se os limites previstos na Lei n.º 8.666/93 e alterações posteriores, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor do contrato.



ESTADO DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS



ANEXO I DO PROJETO BÁSICO/TERMO DE REFERÊNCIA

1. **OBJETO:** REGISTRO DE PREÇOS PARA FUTURAS E EVENTUAIS AQUISIÇÕES DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA ATENDER AS NECESSIDADES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DO HOSPITAL JOSÉ MARIA PHILOMENO GOMES E VIGILÂNCIA EM SAÚDE, DE INTERESSE DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PACAJUS/CE.

2. DOS ITENS/LOTE:

LOTE 01

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UND	QTDE	V.UNIT R\$	V.TOTAL MÉDIO R\$
1	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL (APAC) PRETO E BRANCO. UMA VIA SIMPLES. BLOCO COM 100 FOLHAS. CONFORME MODELO ANEXO	BLOCO	360	R\$ 11,69	R\$ 4.208,40
2	FICHA DE REFERÊNCIA (03 VIAS) CARBONADA. BRANCO AMARELO E ROSA COM, BLOCO COM 100 FOLHAS. CONFORME MODELO ANEXO	BLOCO	1.260	R\$ 17,49	R\$ 22.037,40
3	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL, PRETO E BRANCO, 01 VIA FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	360	R\$ 12,42	R\$ 4.471,20
4	FICHA DE PROCEDIMENTO 01 VIA FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	360	R\$ 12,42	R\$ 4.471,20
5	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA 01 VIA FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100 FOLHAS. PRETO E BRANCO MODELO EM ANEXO	BLOCO	120	R\$ 13,61	R\$ 1.633,20
6	FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL 01 VIA FRENTE E VERSO, PRETO E BRANCO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	360	R\$ 12,42	R\$ 4.471,20
7	CADASTRO INDIVIDUAL PRETO E BRANCO 01 VIA FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	504	R\$ 12,08	R\$ 6.088,32
8	CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL, PRETO E BRANCO, 01 VIA FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	456	R\$ 12,39	R\$ 5.649,84
9	FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL, PRETO E BRANCO 01 VIA FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	600	R\$ 12,06	R\$ 7.236,00



ESTADO DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS



10	ATENDIMENTO DOMICILIAR SAD 01 VIA FRENTE E VERSO, PRETO E BRANCO, BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	60	R\$ 15,95	R\$ 957,00
11	AVALIAÇÃO ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO SAD; PRETO E BRANCO 01 VIA SIMPLES, BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	60	R\$ 15,52	R\$ 931,20
12	FICHA SISVAN + MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR; PRETO E BRANCO, FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	60	R\$ 15,95	R\$ 957,00
13	FICHA COMPLEMENTAR 01 VIA SIMPLES, PRETO E BRANCO, BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	60	R\$ 15,52	R\$ 931,20
14	CARTÃO DA DENGUE, PRETO E BRANCO, 01 VIA FRENTE E VERSO, MODELO EM ANEXO.	UND	72.000	R\$ 0,39	R\$ 28.080,00
15	FICHA NIS PRETO 01 VIA FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	48	R\$ 15,49	R\$ 743,52
16	RECEITUÁRIO COMUM PRETO E BRANCO, 02 VIAS COM CARBONO, BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	6.780	R\$ 6,98	R\$ 47.324,40
17	RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL, PRETO E BRANCO 02 VIAS COM CARBONO, BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	3.876	R\$ 8,31	R\$ 32.209,56
18	FICHA DE ATENDIMENTO À MULHER, PRETO E BRANCO 01 VIA FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	300	R\$ 11,97	R\$ 3.591,00
19	REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO, PRETO E BRANCO 01 VIA FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	300	R\$ 11,97	R\$ 3.591,00
20	FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE, PRETO E BRANCO, 01 VIA FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	300	R\$ 11,63	R\$ 3.489,00
21	CARTÃO DA MULHER/ADOLESCENTE, PRETO E BRANCO 01 VIA FRENTE E VERSO. MODELO EM ANEXO.	UND	12.000	R\$ 0,50	R\$ 6.000,00
22	CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE DIABÉTICO/HIPERTENSOS, PRETO E BRANCO, 01 VIA FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	2.400	R\$ 7,88	R\$ 18.912,00
23	MAPA DIÁRIO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO, PRETO E BRANCO 01 VIA SIMPLES BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	60	R\$ 14,71	R\$ 882,60



ESTADO DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS



24	PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO, PRETO E BRANCO, 01 VIA FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	72	R\$ 14,98	R\$ 1.078,56
25	FICHA DE BPA DENTISTA, PRETO E BRANCO 01 VIA FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	60	R\$ 15,08	R\$ 904,80
26	(PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA), PRETO E BRANCO, 01 VIA FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	60	R\$ 15,08	R\$ 904,80
27	LISTA DE MATERIAIS ODONTOLÓGICOS, PRETO E BRANCO, 02 VIAS FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	60	R\$ 16,17	R\$ 970,20
28	BPA (CONSOLIDADO), ATENDIMENTO REALIZADO, PRETO E BRANCO, 01 VIA SIMPLES BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	60	R\$ 14,93	R\$ 895,80
29	FICHA DE BPA 1, PRETO E BRANCO, 01 VIA FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	300	R\$ 11,62	R\$ 3.486,00
30	MONITORAMENTO DAS DOENÇAS DIARREIA AGUDA E NOTIFICAÇÃO NEGATIVA/POSITIVA SEMANAL (FRENTE), PLANO DE ERRADICAÇÃO DO SARAMPO E CONTROLE DA RUBÉOLA, 01 VIA FRENTE E VERSO. PRETO E BRANCO. BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO ANEXO.	BLOCO	360	R\$ 11,27	R\$ 4.057,20

(DUZENTOS E VINTE E UM MIL CENTO E SESSENTA E TRÊS REAIS E SESSENTA CENTAVOS) R\$
221.163,60

LOTE 02

01	CADASTRO DOMICILIAR 01 VIA SIMPLES. PRETO E BRANCO. BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO ANEXO.	BLOCO	1.200	R\$ 10,55	R\$ 12.660,00
02	FICHA DE VISITA DOMICILIAR FRENTE E VERSO. PRETO E BRANCO. BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	1.200	R\$ 10,90	R\$ 13.080,00
03	CADASTRO GERAL DE ATIVIDADE DIÁRIA DO AGENTE DE SAÚDE. 01 VIA SIMPLES. PRETO E BRANCO. BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	1.200	R\$ 10,55	R\$ 12.660,00
04	SECRETARIA DE SAÚDE PRONTUÁRIO. FRENTE E VERSO. PRETO E BRANCO. BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO ANEXO.	BLOCO	1.440	R\$ 10,89	R\$ 15.681,60
04	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL/BPA(CONSOLIDADO) (MODELO 01) EM 04(QUATRO) VIAS FRENTE E VERSO. PRETO E BRANCO. BLOCO COM 100 FOLHAS.	BLOCO	1.200	R\$ 11,84	R\$ 14.208,00



ESTADO DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS



MODELO EM ANEXO.					
05	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL/BPA(CONSOLIDADO) (MODELO 02) EM 04(QUATRO) VIAS FRENTE E VERSO. PRETO E BRANCO. BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	1.200	R\$ 11,84	R\$ 14.208,00
06	FICHA PERINATAL – AMBULATORIO. FRENTE E VERSO. COLORIDO. BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	1.200	R\$ 10,90	R\$ 13.080,00
07	PROGRAMAÇÃO MENSAL. VIA SIMPLES EM PRETO E BRANCO. BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	1.200	R\$ 10,55	R\$ 12.660,00
08	RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO. RELATÓRIO PMA2. FRENTE E VERSO EM PRETO E BRANCO. BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	1.200	R\$ 10,90	R\$ 13.080,00
09	FICHA DE CASTRAMENTO DO PACIENTE – SAD. VIA SIMPLES EM PRETO E BRANCO BLOCO COM 100 FOLHAS MODELO EM ANEXO.	BLOCO	600	R\$ 11,21	R\$ 6.726,00
10	REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA EM PRETO E BRANCO FRENTE E VERSO EM BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	624	R\$ 11,59	R\$ 7.232,16
11	NOTIFICAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS; COLORIDO, 01 VIA SIMPLES BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	300	R\$ 12,30	R\$ 3.690,00
12	PLANILHA PARA ANOTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS; PRETO E BRANCO, 01 VIA FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	300	R\$ 11,97	R\$ 3.591,00
13	PLANILHA PARA ANOTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE ÓBITOS (3ª); PRETO E BRANCO, 01 VIA FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	300	R\$ 11,97	R\$ 3.591,00
14	FICHA DE INVESTIGAÇÃO ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO; PRETO E BRANCO, FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	360	R\$ 11,95	R\$ 4.302,00
15	FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO; PRETO E BRANCO, FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	240	R\$ 12,00	R\$ 2.880,00
16	FICHA DE INVESTIGAÇÃO/NOTIFICAÇÃO DENGUE/CHIKUNGUNYA; PRETO E BRANCO, 01 VIA FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	2.880	R\$ 11,21	R\$ 32.284,80
17	FORMULÁRIO DE BUSCA ATIVA; PRETO E BRANCO, 01 VIA SIMPLES BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	240	R\$ 11,66	R\$ 2.798,40

PREFEITURA DE
PACAJUS
RECONSTRUINDO COM O POVOPREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
RUA GUARANY, Nº 606, ALTOS, CENTRO – PACAJUS – CEARÁ
CNPJ Nº 07.384.407/0001-09, PABX: (85) 3348.1077 / FAX: (85) 3348.1578
www.pacajus.ce.gov.br



ESTADO DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS



18	CONSOLIDADO MENSAL DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA; PRETO E BRANCO, 01 VIA SIMPLES BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	240	R\$ 11,66	R\$ 2.798,40
19	PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA; PRETO E BRANCO, 01 VIA SIMPLES BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	60	R\$ 15,65	R\$ 939,00
20	PLANILHA DE CONTROLE DE OPORTUNIDADE DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE SURTOS DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS E ÁGUA; PRETO E BRANCO, 01 VIA SIMPLES BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	60	R\$ 15,65	R\$ 939,00
21	DEMONSTRATIVO MENSAL DOS ACIDENTES CAUSADOS POR ANIMAIS PEÇONHENTOS; PRETO E BRANCO, 01 VIA SIMPLES BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	72	R\$ 15,57	R\$ 1.121,04
22	FICHA DE ATENDIMENTO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS; PRETO E BRANCO, 01 VIA SIMPLES BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	300	R\$ 10,96	R\$ 3.288,00
23	FOLHA DE TRABALHO DE REALIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS; PRETO E BRANCO, 01 VIA SIMPLES BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	300	R\$ 10,63	R\$ 3.189,00
24	BPA-I (BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL DADOS INDIVIDUALIZADOS); PRETO E BRANCO, FRETE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	300	R\$ 10,96	R\$ 3.288,00
25	CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO; PRETO E BRANCO, 01 VIA SIMPLES BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	300	R\$ 11,30	R\$ 3.390,00
26	BOLETIM MENSAL DE MOVIMENTO DE IMUNOBIOLOGICOS; 03 VIAS FRETE E VERSO EM PRETO E BRANCO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	180	R\$ 10,96	R\$ 1.972,80
27	FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS GRAVES OU ÓBITOS PÓS-VACINAÇÃO; PRETO E BRANCO, BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	84	R\$ 13,72	R\$ 1.152,48
28	BOLETIM DE REGISTRO DE DOSES APLICADAS; PRETO E BRANCO, 05 VIAS FRETE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	180	R\$ 12,84	R\$ 2.311,20
29	BOLETIM DIÁRIO DE DOSES APLICADAS; PRETO E BRANCO, 18 VIAS SIMPLES BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	180	R\$ 9,86	R\$ 1.774,80

(DUZENTOS E QUATORZE MIL QUINHENTOS E SETENTA E SEIS REAIS E SESSENTA E OITO CENTAVOS) R\$ 214.576,68

LOTE 03



ESTADO DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS



01	SOLICITAÇÃO MENSAL DE IMUNOBIOLÓGICO (CAF – CONTROLE), PRETO E BRANCO, 01 VIA SIMPLES BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	300	R\$ 11,30	R\$ 3.390,00
02	PLANILHA DE IMUNOBIOLÓGICO REALIZADOS EM CRIANÇAS DE OUTROS MUNICÍPIOS; PRETO E BRANCO, 01 VIA FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	300	R\$ 11,30	R\$ 3.390,00
03	CARTÃO DE VACINAÇÃO (ESCOLAR / ADULTO / IDOSO); PRETO E BRANCO, 01 VIA FRENTE E VERSO. MODELO EM ANEXO.	UND	18.000	R\$ 0,93	R\$ 16.740,00
04	CADERNETA DA CRIANÇA (MENINA / MENINO) COLORIDO; DE ACORDO COM MODELO DISPONIBILIZADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E ATUALIZADO;	UND	18.000	R\$ 0,93	R\$ 16.740,00
05	MAPA DE ACOMPANHAMENTO DO FORNECIMENTO DE SUPLEMENTOS; PRETO E BRANCO, 01 VIA SIMPLES; PRETO E BRANCO, BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	300	R\$ 11,30	R\$ 3.390,00
06	MAPA DIÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A; PRETO E BRANCO, 01 VIA SIMPLES BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	300	R\$ 10,96	R\$ 3.288,00
07	CONSOLIDADO MENSAL DO ACOMPANHAMENTO DO FORNECIMENTO DE SUPLEMENTOS; PRETO E BRANCO, 01 VIA SIMPLES BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	300	R\$ 10,96	R\$ 3.288,00
08	REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL; PRETO E BRANCO, FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	1.800	R\$ 10,55	R\$ 18.990,00
09	FICHA GERAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL, PRETO E BRANCO. VIA SIMPLES EM BLOCOS DE 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO. (C. ESPECIALIDADES)	BLOCO	120	R\$ 12,06	R\$ 1.447,20
10	ATESTADO 01 VIA SIMPLES; PRETO E BRANCO, BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	492	R\$ 9,46	R\$ 4.654,32
11	CARTÃO PARA MARCAÇÃO DE CONSULTA. PRETO E BRANCO. BLOCO COM 50 FOLHAS. MODELO EM ANEXO. (CENTRO DE ESPECIALIDADES)	BLOCO	60	R\$ 12,80	R\$ 768,00
12	CADERNETA DA GESTANTE. CONFORME MODELO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. MODELO EM ANEXO.	UND	3.600	R\$ 1,01	R\$ 3.636,00
13	REQUISIÇÃO DE EXAMES 02 VIA COM CARBONO; PRETO E BRANCO, BOLCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	7.200	R\$ 10,59	R\$ 76.248,00
14	TALIONÁRIO RECEITUÁRIO AZUL, BLOCO COM 50 FOLHAS, APROXIMADAMENTE 9,5cmX23cm, PAPEL APERGAMINHO, TÍTULO E TIMBRE DA SECRETARIA DE SAÚDE. (VIGILÂNCIA	BLOCO	300	R\$ 7,37	R\$ 2.211,00



ESTADO DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS



	SANITÁRIA).				
15	LAUDO DE INSPEÇÃO DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA 03 VIAS CARBONADA; COLORIDO (BRANCO ROSA E AMARELO), BLOCO COM 150 FOLHAS	BLOCO	120	R\$ 18,05	R\$ 2.166,00
16	TERMO DE APREENSÃO, INTERDIÇÃO E DESINTERDIÇÃO; COLORIDO(04 VIAS) CARBONADA. PICOTADO. BLOCO COM 200 FOLHAS. CONFORME MODELO ANEXO.	BLOCO	60	R\$ 23,51	R\$ 1.410,60
17	REQUISIÇÃO DE EXAME - SISTEMA GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL (GAL) 01 VIA FRENTE E VERSO; PRETO E BRANCO, BLOCO 100 FOLHAS MODELO EM ANEXO.	BLOCO	2.880	R\$ 11,28	R\$ 32.486,40
18	LAUDO EPIDEMIOLOGIA HIV. VIA SIMPLES EM PRETO E BRANCO EM BLOCO DE 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	120	R\$ 12,21	R\$ 1.465,20
19	LAUDO EPIDEMIOLOGIA SÍFILIS. VIA SIMPLES EM PRETO E BRANCO EM BLOCO DE 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	120	R\$ 12,21	R\$ 1.465,20
20	FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS(SINAN) FRENTE E VERSO EM PRETO E BRANCO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	120	R\$ 13,21	R\$ 1.585,20
21	FICHA DE PLANEJAMENTO DE MEDICAÇÃO (CAPS) PRETO E BRANCO VIA SIMPLES BLOCO COM 50 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	240	R\$ 10,45	R\$ 2.508,00
22	FICHA DE PROCEDIMENTO DE ATENDIMENTO PACIENTES. (CAPS) VIA SIMPLES EM PRETO E BRANCO BLOCO DE 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	240	R\$ 11,43	R\$ 2.743,20
23	FICHA DE ENCAMINHAMENTO (CAPS)VIA SIMPLES EM PRETO E BRANCO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	240	R\$ 11,43	R\$ 2.743,20
24	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL (BPA-C)CAPS. VIA SIMPLES EM PRETO E BRANCO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	240	R\$ 11,43	R\$ 2.743,20
25	REGISTRO DAS AÇÕES AMBULATORIAIS DE SAÚDE (CAPS). FRENTE E VERSO EM PRETO E BRANCO BLOCO COM 100 FOLHAS MODELO EM ANEXO.	BLOCO	240	R\$ 11,77	R\$ 2.824,80
26	MAPA DIÁRIO DE ATENDIMENTO PROFISSIONAL (CAPS). FRENTE E VERSO EM PRETO E BRANCO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	840	R\$ 10,98	R\$ 9.223,20
27	FICHA DE TRIAGEM (CAPS). FRENTE E VERSO EM PRETO E BRANCO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	600	R\$ 11,68	R\$ 7.008,00



ESTADO DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS



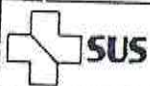
28	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL/BPA. (VISA) VIA SIMPLES EM PRETO E BRANCO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	120	R\$ 12,88	R\$ 1.545,60
29	FICHA DE RECEBIMENTO DE DENÚNCIAS EM PRETO E BRANCO, VIA SIMPLES EM BLOCOS DE 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	120	R\$ 12,21	R\$ 1.465,20
30	FICHA DE VISITA DOMICILIAR (ENDEMIAS). PRETO E BRANCO VIA SIMPLES BLOCO DE 50 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	840	R\$ 10,51	R\$ 8.828,40
31	ETIQUETAS ADESIVAS PARA TUBOS DE ENSAIO (ENDEMIAS) CONTENDO 12 ETIQUETAS CADA FOLHA. COLORIDO. MODELO EM ANEXO. BLOCO COM 50 FOLHAS.	BLOCO	1.200	R\$ 23,00	R\$ 27.600,00
32	REGISTRO DE SERVIÇO ANTI-VETORIAL (ENDEMIAS) FRENTE E VERSO EM PRETO E BRANCO. BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	360	R\$ 11,28	R\$ 4.060,80
33	REGISTRO BÁSICO DE CONTROLE DA PENDÊNCIA OPERACIONAL (ENDEMIAS). VIA SIMPLES EM PRETO E BRANCO BLOCO COM 100 FOLHAS. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	120	R\$ 12,06	R\$ 1.447,20
34	CARTÃO DE MARCAÇÃO DE CONSULTA (CENTRO DE ESPECIALIDADES). PRETO E BRANCO. VIA SIMPLES. MODELO EM ANEXO.	BLOCO	360	R\$ 10,94	R\$ 3.938,40

DUZENTOS E SETENTA E SETE MIL QUATROCENTOS E TRINTA E OITO REAIS E TRINTA E DOIS CENTAVOS. **R\$ 277.438,32**

Valor global dos Lotes é R\$ 713.178,60 (setecentos e treze mil cento e setenta e oito reais e sessenta centavos).

3. DAS OBSERVAÇÕES:

- 3.1 A Empresa vencedora produzirá e enviará o lay-out dos materiais á CONTRATANTE, que por sua vez, será devolvida/enviada à CONTRATADA, para junto com a autorização de serviços, e todo o serviço gráfico deverá ter sua prova analisada previamente e aprovada pelo responsável designado do órgão/ente requisitante, antes de sua impressão final;
- 3.2 Os serviços objeto da licitação, serão realizados de acordo com a solicitação formal da área requisitante do CONTRATANTE, por meio da Autorização de Serviços, e deverá constar os itens de serviços e respectivas especificações e quantitativos a serem executados.
- 3.3 Os materiais impressos e/ou confeccionados, quando couber, deverão ser entregues devidamente embalados, separados e identificados por item e nas quantidades de acordo com a solicitação formal do contratante.
- 3.4 Será solicitada a apresentação de modelos, arte final, impressão, prova de cores e outras amostras, quando exigidos pela área requisitante dos serviços, para aprovação final da execução dos serviços.
- 3.5 O CONTRATADO deverá entregar ao contratante, mediante recibo de entrega, juntamente com a Nota Fiscal, quando for o caso, os fotolitos confeccionados e/ou utilizados na execução dos serviços.
- 3.6 O contratado deverá refazer no todo ou em parte, os serviços e/ou produtos com eventuais defeitos de impressão, confecção ou fora das especificações solicitadas.



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

01

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE _____ 4 - Nº DO PRONTUÁRIO _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 6 - DATA DE NASCIMENTO _____ 7 - SEXO _____ 8 - RAÇA/COR _____
 Mas. Fem.

9 - NOME DA MÃE _____ 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____
 DDD _____

11 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____
 DDD _____

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____ 16 - UF _____ 17 - CEP _____



PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 20 - QTDE. _____

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	23 - QTDE. _____
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	26 - QTDE. _____
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	29 - QTDE. _____
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	32 - QTDE. _____
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	35 - QTDE. _____

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO _____ 37 - CID10 PRINCIPAL _____ 38 - CID10 SECUNDÁRIO _____ 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

40 - OBSERVAÇÕES _____

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____ 45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) _____

43 - DOCUMENTO _____ 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR _____ 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____

48 - DOCUMENTO _____ 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____ 53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ 55 - CNES _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE REFERENCIA

1. Preencher esta ficha em três vias.
2. Ao terminar a consulta em tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

MISSÃO DE LICITAÇÃO
241
Página
DE PACAJUS

Unidade de Origem: Secretaria Municipal da Saúde de Pacajus
Microregional de Saúde: 1ª CERES

Município: Pacajus

Nome: _____ Pront. Nº: _____
 Sexo: M F Data de Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____ Tel: _____
 Ponto de Referência: _____ Nome da ACS: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

 Resultados dos Exames: _____

 Conduta já Realizada: _____

 Impressão Diagnóstica: _____

 Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____ Função _____ Data ____/____/____ Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
 Procedimento: _____ Profissional: _____
 Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)


Unidade de Referência: _____
 Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

 Resultado de Exames: _____

 Diagnóstico: Principal: _____ CID: _____
 Secundário 1: _____ CID: _____
 Secundário 2: _____ CID: _____
 Proposta de Consulta para seguimento: _____
 O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não
 Assinatura do Consultante - Nº Registro _____ Função _____ Data ____/____/____

(*) Usar também como resumo de Alta

	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL	DEFINIDO POR	DATA
		CONFERIDO POR	FOLHA Nº

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



Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*	☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐
Nº PRONTUÁRIO													
CNS DO CIDADÃO													
Data de nascimento*	Dia/mês/ano												
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
Local de atendimento* (ver legenda)	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
Tipo atendimento*	Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	Consulta Agendada	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	Escuta Inicial/Orientação	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	Consulta no Dia	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	Atendimento de Urgência	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
Atenção Domiciliar	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Racionalidade em saúde (ver legendas)	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
Avaliação antropométrica	Perímetro cefálico (cm)	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	Peso (kg)	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	Altura (cm)	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
Vacinação em dia?	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
Criança	Alimentação materno (ver legendas)	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	DTM	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
Gestante	Gravidez Planejada	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	Idade Gestacional (semana)	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	Gesta Privada/Partos	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
Problema/Condição avaliada*	Anemia	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	Desnutrição	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	Diabetes	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	DPOC	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	Hipertensão arterial	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	Obesidade	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	Pré-eclâmpsia	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	Pneumonia	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	Tempo em até 42 dias	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	Saneamento sexual e reprodutivo	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	Tuberculose	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	Uso de álcool	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	Uso de outras drogas	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
Saúde mental	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	
Reabilitação	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	

		Nº														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Problemas/ Condição avaliada*	Doenças transmissíveis	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rastreio	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Riscos cardiovasculares		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outros	CIAP-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	CIAP-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	CID-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	CID-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Exames solicitados (S) e avaliados (A)	Coolesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	EAS/EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Electrocardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Electroforese de hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Esfigmomantria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemoglobina glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	DL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Retinografia/1 unde de olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia de sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste indireto de antígeno de proteína humana (TIA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste de gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Triagem neonatal	Teste do pezinho (EDA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste do olhinho (TRV)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Outros exames (código do SIGTAP)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Ficou em Observação?	SI	NA	SI	NA	SI	NA	SI	NA	SI	NA	SI	NA	SI	NA		
Resi/Polo	Avaliação/Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Procedimentos Clínicos/terapêuticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Prescrição terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Conduta/Desfecho*	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Retorno p/ cuidado continuado/gravante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Agendamento para grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Encaminhamento	Alta do episódio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento interno no dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ serviço especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento p/ internação hospitalar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Encaminhamento p/ urgência		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Encaminhamento p/ serviço de Nucleação Domiciliar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Encaminhamento intersetorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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

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

08 - Instituição/Albergo 09 - Unidade prisional ou comunidade 10 - Unidade socioeducativa Alentamento materno: 01 - Exclusivo 02 - Predominante

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

03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outras (caso a racionalidade utilizada seja a Alopática, Com. Integral, de xar este campo em branco)

Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção, em uma unidade de saúde, AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais AD4: usuários com os sintomas de AD2 submetidos ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal

* Campo obrigatório



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

Nº	TURNO*													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nº PRONTUÁRIO														
CNS DO CIDADÃO														
Data de nascimento*	Dia/mês													
	Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Local de atendimento*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escuta inicial/orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedimentos/Pequenas cirurgias*	Acupuntura com inserção de agulhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Administração de vitamina A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cateterismo vesical de alívio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cauterização química de pequenas lesões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cirurgia de unha (cantoplastia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidado de estomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Curativo especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Drenagem de abscesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eletrcardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coleta de citopatológico de colo uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exame do pé diabético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exérese/biópsia/punção de tumores superficiais de pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fundoscopia (exame de fundo de olho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Infiltração em cavidade sinovial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Remoção de corpo estranho subcutâneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Retirada de cerume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Retirada de pontos de cirurgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sutura simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Triagem oftalmológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tamponamento de epistaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teste rápido	De gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dosagem de proteinúria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Para HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Para hepatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Para sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administração de medicamentos	Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intramuscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Endovenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inalação/Nebulização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tópica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina para tratamento de sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Subcutânea (SC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Procedimentos/Pequenas cirurgias* Outros procedimentos (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na tabela acima)	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Procedimentos consolidados

Total no período	Aferição de PA	<input type="checkbox"/>	
	Aferição de temperatura	<input type="checkbox"/>	
	Curativo simples	<input type="checkbox"/>	
	Coleta de material para exame laboratorial	<input type="checkbox"/>	
	Glicemia capilar	<input type="checkbox"/>	
	Medição de altura	<input type="checkbox"/>	
	Medição de peso	<input type="checkbox"/>	

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

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

* Campo obrigatório

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

TURNO:* (H/T/N)	LOCAL DE ATIVIDADE		CNS DO PROFISSIONAL	CBO***
	Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)			
	CNES			
	OUTRA LOCALIDADE:			
	Nº DE PARTICIPANTES*	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS		
	_____	_____		

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

ATIVIDADE (opção única)*		TEMAS PARA SAÚDE		PRÁTICAS EM SAÚDE	
		(opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)		(opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)	
04	Educação em saúde	01	Ações de combate ao Aedes aegypti	01	Antropometria
05	Atendimento em grupo	02	Agraves negligenciados	02	Aplicação tópica de flúor
06	Avaliação/Procedimento coletivo	03	Alimentação saudável	03	Desenvolvimento da linguagem
07	Mobilização social	04	Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	04	Escovação dental supervisionada
		05	Cidadania e direitos humanos	05	Práticas corporais e atividade física
		06	Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas	06	PNCT Sessão 1
		07	Envelhecimento/cimatério/andropausa/etc	07	PNCT Sessão 2
		08	Plantas medicinais/fitoterapia	08	PNCT Sessão 3
		09	Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	09	PNCT Sessão 4
		10	Saúde ambiental	10	Saúde auditiva
		11	Saúde bucal	11	Saúde ocular
		12	Saúde do trabalhador	12	Verificação da situação vacinal
		13	Saúde mental	13	Outros
		14	Saúde sexual e reprodutiva	14	Outro procedimento coletivo
		15	Semana saúde na escola		Código do SIGTAP
		16	Outros		_____

Obrigatório somente para encefalometria

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		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35		/ /	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

*Campo obrigatório

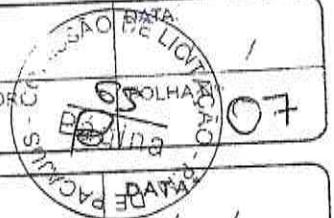
**Campo obrigatório ao informar lista de participantes

***Campo com obrigatoriedade condicionada



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

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*		(M)	(M)	(M)	(M)	(M)	(M)	(M)	(M)	(M)	(M)	(M)	(M)	(M)
Nº PRONTUÁRIO														
CNS DO CIDADÃO														
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)
Local de atendimento* (ver legenda)														
Paciente com necessidades especiais														
Gestante														
Tipo de atendimento*	Consulta agendada													
	Demanda Espontânea													
	Escuta inicial/Orientação													
	Consulta no dia													
Tipo de consulta**	Atendimento de urgência													
	Primeira consulta odontológica programática													
	Consulta de retorno em odontologia													
Vigilância em Saúde Bucal*	Consulta de manutenção em odontologia													
	Abscesso dentoalveolar													
	Alteração em tecidos moles													
	Dor de dente													
	Fendas ou fissuras labiopalatais													
	Fluorose dentária moderada ou severa													
	Traumatismo dentoalveolar													
	Não identificado													
Procedimentos (quantidade realizada)	Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)													
	Adaptação de prótese dentária													
	Aplicação de cariostático (por dente)													
	Aplicação de selante (por dente)													
	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)													
	Capeamento pulpar													
	Cimentação de prótese dentária													
	Curativo de dente c/ ou s/ preparo biomecânico													
	Drenagem de abscesso													
	Evidenciação de placa bacteriana													
	Exodontia de dente decíduo													
	Exodontia de dente permanente													
	Instalação de prótese dentária													
	Moldagem dentogingival p/ construção de prótese dentária													
Orientação de higiene bucal														



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

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO
 CNS DO CIDADÃO _____ CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? Sim Não
 CNES DO RESPONSÁVEL FAMILIAR _____ MICROÁREA* _____ FA

NOME COMPLETO:* _____ DATA DE NASCIMENTO:* ____/____/____ SEXO:* M F

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

NOME COMPLETO DA MÃE:* _____ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:* _____ Desconhecido

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

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:** _____ MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:** _____ E-MAIL _____
 DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** ____/____/____ TELEFONE CELULAR: () _____



INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS
 RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR
 Cônjuge/Companheiro(a) Filha(a) Entoad(a) Neto(a)/Bisneto(a)
 Pai/Mãe Sogro(a) Irmão/Irmã Genro/Nora Outro parente Não parente

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* Sim Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?
 Creche Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)
 Pré-escola (exceto CA) Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)
 Classe de Alfabetização - CA Ensino Médio Especial
 Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries Ensino Médio EJA (Supletivo)
 Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
 Ensino Fundamental Completo Alfabetização para Adultos (Móbrai etc.)
 Ensino Fundamental Especial Nenhum
 Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO
 Empregador
 Assalariado com carteira de trabalho
 Assalariado sem carteira de trabalho
 Autônomo com previdência social
 Autônomo sem previdência social
 Aposentado/Pensionista
 Desempregado
 Não trabalha
 Servidor público/militar
 Outro

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

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

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

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? Sim Não TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?* Sim Não

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

SE SIM, QUAL? Homem transsexual Trans Mulher transsexual Outro

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

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO Mudança de território Óbito SE ÓBITO, INDIQUE: _____
 Date do óbito:** ____/____/____ Número da DO: _____

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

 Assinatura

Curva de altura uterina / idade gestacional

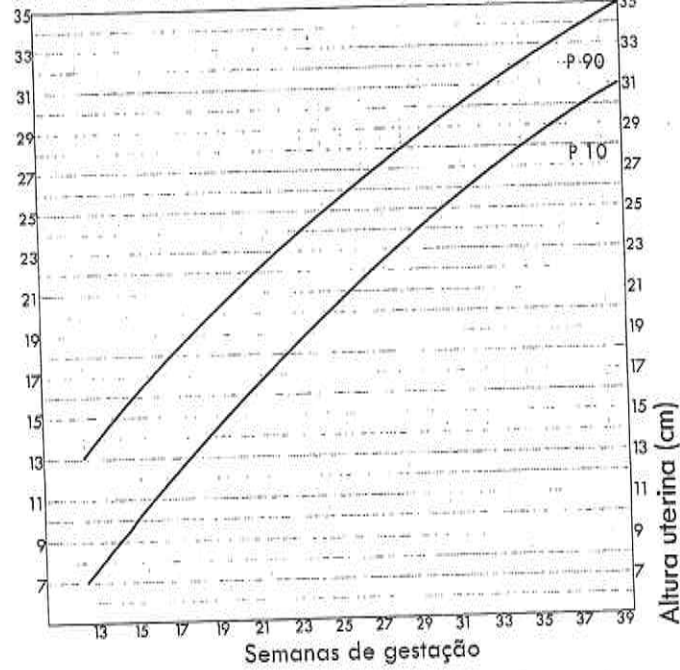
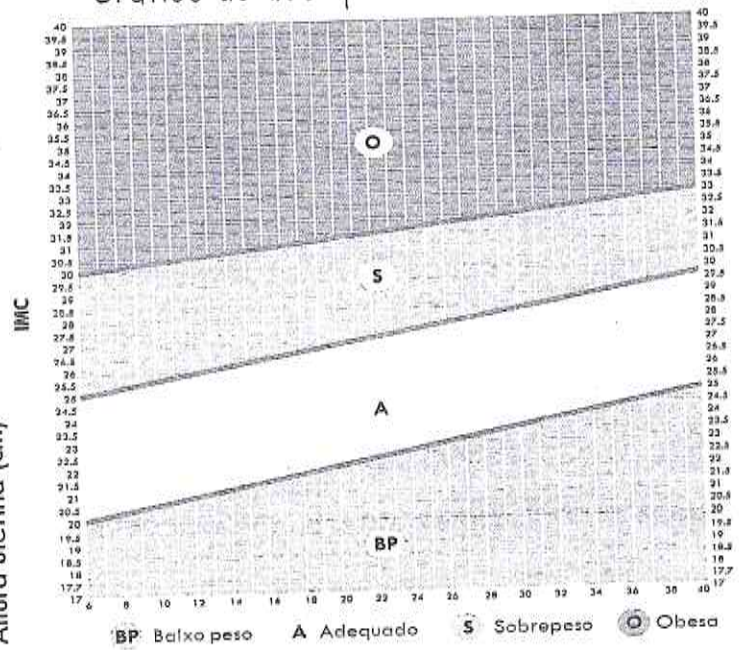


Gráfico de acompanhamento nutricional



Data

Queixa

IG - DUM/USG

Peso (kg) / IMC

Edema

Pressão arterial (mmHG)

Altura uterina (cm)

Apresentação fetal

BCF / Mov. fetal

Toque, se indicado

Exantema (presença ou relato)

Realizou visita à maternidade

SIM NÃO

Data

Participou de atividades educativas

SIM NÃO

Data

Data

Data

Observação, Diagnóstico e Conduta

Parto e nascimento

Idade gest. Semanas	Início trab. parto		Terminação	
	Esponâneo	Induzido	Esponâneo	Cesárea
			Fórceps	Outros
Parto	Medicação no parto		Tranq.	
Epsiotomia	Anestesia local		Ocitocina	
Laceração	Anestesia reg.		Antibiótico	

Recém-nascido

Sexo	Semanas	
	Fem.	Masc.
VDLR	Neg.	Posit.
APGAR 1º min.	5º min.	
Reanimação	NÃO	SIM
Ex. físico imediato	Normal	Anormal
Peso	Menor 2.500g	Estatura
Peso / IG	Adequado	Grande Pequeno

Alta materna

Sadta

Transf.

Com patol.

Óbito

Gravidez

Parto

Alta recém-nascido

Sadta

Transf.

Com patol.

Óbito

Fetal

Intraparto

Pós-parto

Dias

Patologias R.N.

Nenhuma

M. hial.

Apneias

Infecção

S. asp.

Hemorr.

Neurol.

Hiperb.

A. cong.



CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL



OBJETIVO POP: _____ DATA: _____
 CATEGORIA: _____ FOLHA: **08**

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

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA
 CEP*: _____ MUNICÍPIO*: _____ UF*: _____
 BAIRRO*: _____ TIPO DE LOGRADOURO*: _____ NOME DO LOGRADOURO*: _____
 NÚMERO*: SEM NÚMERO COM NÚMERO _____ COMPLEMENTO: _____ PTO. REFERÊNCIA: _____ MICROÁREA* _____

TIPO DE IMÓVEL* _____ TELEFONES PARA CONTATO _____
 TEL. RESIDÊNCIA: _____ TEL. CONTATO: _____

CONDIÇÕES DE MORADIA
 SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA* _____ LOCALIZAÇÃO* _____
 Próprio Financiada Alugada Arrendada Cedido Ocupação Situação de Rua Outra _____
 Urbana Rural _____

TIPO DE DOMICÍLIO _____ EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra _____
 Casa Apartamento Colégio Outro _____
 Proprietária Parceleira/Moradia Arrendada Possuível Arrendatária Comodatária Beneficiária do Serviço da Terra Não se aplica _____
 Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO _____ MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO _____
 Pavimento Chão Batido Fluvial Outro _____
 Alvenaria/Tijolo Tijolo Outro _____
 Com Revestimento Com Revestimento Madeira Aparelhada Palha _____
 Sem Revestimento Sem Revestimento Material Aproveitado Outro Material _____
 Disponibilidade de Energia Elétrica? Sim Não _____

ABASTECIMENTO DE ÁGUA _____ ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO _____
 Evide Entonada até o Domicílio Poço/Naçante no Domicílio Cisterna _____
 Camo-Pipa Outro _____
 Filtrada Fervida Clorada Mineral _____
 Sem Tratamento _____

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO _____ DESTINO DO LIXO _____
 Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial Fossa Sêptica Fossa Rústica _____
 Direto para um Rio, Lago ou Mar Cova Aberta Outra Forma _____
 Coletado Queimado/Enterrado Cova Aberta Outro _____

ANIMAIS NO DOMICÍLIO? _____ QUAL(ES)? _____
 Sim Não _____
 Gato Cachorro Passaro Outros _____
 Quantidade: _____

FAMÍLIAS	Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE (MÊS) [ANO]	MUDOU-SE
		_____	____/____/____	00000000	____	____ [____]	<input type="checkbox"/>
		_____	____/____/____	00000000	____	____ [____]	<input type="checkbox"/>
		_____	____/____/____	00000000	____	____ [____]	<input type="checkbox"/>
		_____	____/____/____	00000000	____	____ [____]	<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA
 Eu _____, portadora do R.G. nº _____, declarando de pl na consciência
 dos meus atos, recuso este cadastro, pois não quero que meu filho e acompanhante a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não
 implicará o não atendimento na unidade de saúde.

 Assinatura

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA
 NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

Existem outros profissionais de saúde vinculados a instituição (não incluir serviços anexos da rede pública de saúde)? Sim Não

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME	INS DO RESPONSÁVEL:
CARGO NA INSTITUIÇÃO:	TEL. CONTATO:

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

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

Assinatura: _____

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

Microáreas usar 01 a 99 para o número da microárea

FA: Fora de Área

Tipo de Imóvel: 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Posto Fabril (PE: cemitaria, barzachana, ferro-velho depósito de materiais 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 saúde socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

*Campo obrigatório

**Campo com obrigatoriedade condicional



FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR: _____ DATA: / /

CONFERIDO POR: _____ FOLHA Nº: 09

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*					CNES*					INE*					DATA*							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Nº																							
TURNO*																							
MICROÁREA*																							
TIPO DE IMÓVEL*																							
Nº PRONTUÁRIO																							
CNS do Cidadão																							
DATA de nascimento**	Dia mês																						
	Ano																						
Sexo**																							
Visita compartilhada com outro profissional																							
Compartilhamento atualizado																							
Visita pelo médico																							
Consulta																							
Exame																							
Visita																							
Condicionabilidades do Bolsa Família																							
Gestante																							
Puerpera																							
Recém-nascido																							
Crônica																							
Pessoa com deficiência																							

COMISSÃO DE LIC. 248
 Página 1
 DE PAQUETES

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Motivo da visita*	Nº																						
	Pessoa em reabilitação ou com deficiência																						
	Pessoa com hipertensão																						
	Pessoa com diabetes																						
	Pessoa com asma																						
	Pessoa com DPCC/fenilcetonúria																						
	Pessoa com câncer																						
	Pessoa com outras doenças crônicas																						
	Pessoa com paralisia																						
	Pessoa com tuberculose																						
Síndromes respiratórias																							
Tabagista																							
Etnicidades/Açorados																							
Condições de vulnerabilidade social																							
Condições da Bolsa Família																							
Saúde mental																							
Uso de álcool																							
Uso de outros drogas																							
Ação educativa																							
Ação em grupo																							
Ação individual																							
Atendimento facial																							
Espesso de arte ruína																							
Condições de visitas e visitas/companhia do saúde																							
Orientação e avaliação																							
Outros																							
Pessoa (gênero)																							
Altura (cm)																							
Antropometria																							
Visita realizada																							
Visita recusada																							
Ausente																							
Destreza																							

Legenda: Cópia múltipla de escolha. Opção única de escolha. Marcar X na opção desejada)

Microárea: FA para Fora de Área ou 00 a 99 para o número da microárea
 Tipo de Imóvel: 01 Depósito, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Porto Estrogênico (PE), 05 Estabelecimento religioso, 06 Outros
 Campo: 01 campo número

*Campos obrigatórios
 **Campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família



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

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*		M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M
CNS DO CIDADÃO <i>(para visita domiciliar pós-óbito informe o CNS do Cuidador conforme informado na avaliação de elegibilidade ou, caso não tenha, deixe em branco)</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)
Local de atendimento* (ver legenda)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modalidade AD: 1, 2 ou 3* (ver legenda)														
Tipo atendimento*	Atendimento programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atendimento não programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Visita domiciliar pós-óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condição(ões) avaliada(s) (assinale as condições avaliadas no atendimento)	Acamado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Domiciliado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Úlceras/feridas (grau III ou IV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de sonda nasogástrica - SNG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de sonda nasoenteral - SNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de gastrostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de colostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de cistostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de sonda vesical de demora - SVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento pré-operatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento pós-operatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adaptação ao uso de órtese/prótese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reabilitação domiciliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidados paliativos oncológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidados paliativos não oncológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oxigenoterapia domiciliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de traqueostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suporte ventilatório não invasivo - CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suporte ventilatório não invasivo - BIPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diálise peritoneal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paracentese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medicação parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CID10 e CIAP2	CID10													
	CIAP2													

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Procedimentos (assinale os proced. realizados)	Acompanhamento de paciente em reabilitação em comunicação alternativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Antibioticoterapia parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atend./acomp. paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atend. fisioterapêutico paciente c/ transt. respiratório s/ complicações sistêmicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atendimento médico com finalidade de atestar óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atendimento/acompanhamento em reabilitação nas múltiplas deficiências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cateterismo vesical de alívio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cateterismo vesical de demora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coleta de material para exame laboratorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidados com estomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidados com traqueostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sondagem gástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terapia de reidratação oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terapia de reidratação parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terapia fonoaudiológica individual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tratamento de traumatismos de localização especif./não especificada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tratamento em reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedimentos Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduta/Desfecho*	Permanência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alta administrativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alta clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Encaminhamento	Atenção Básica (AD1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviço de Urgência e Emergência		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviço de Internação Hospitalar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa 11 - Hospital 12 - Unidade de Pronto-Atendimento 13 - Cacem/Unacon

Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD 1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD 2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD 3: usuários com os critérios de AD2, com agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica e paracentese).

*Campo obrigatório

AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO (para uso exclusivo de SAD)

DIGITADO POR: _____ DATA: _____
 CONFERIDO POR: _____ FOLHA Nº: _____

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
 250
 Página
 1
 DE PACIENTES

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	____/____/____
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	TURNO: (M) (T) (N)
_____	_____	_____	_____	_____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO
 CNS DO CIDADÃO* _____ DATA NASC.:* ____/____/____ SEXO:* F M

PROCEDÊNCIA (ASSINALAR)*
 Atenção Básica Internação hospitalar Urgência e emergência CACON/UNACON iniciativa do paciente ou terceiros Outros

CONDIÇÃO(ÕES) AVALIADA(S):

<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Adaptação ao uso de prótese/órtese
<input type="checkbox"/> Domiciliado	<input type="checkbox"/> Reabilitação domiciliar
<input type="checkbox"/> Úlceras/feridas (grau III ou IV)	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos oncológicos
<input type="checkbox"/> Acompanhamento nutricional	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos não oncológicos
<input type="checkbox"/> Uso de sonda nasogástrica - SNG	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia domiciliar
<input type="checkbox"/> Uso de sonda nasoenteral - SNE	<input type="checkbox"/> Uso de traqueostomia
<input type="checkbox"/> Uso de gastrostomia	<input type="checkbox"/> Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica
<input type="checkbox"/> Uso de colostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - CPAP
<input type="checkbox"/> Uso de cistostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - BIPAP
<input type="checkbox"/> Uso de sonda vesical de demora - SVD	<input type="checkbox"/> Diálise peritoneal
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pré-operatório	<input type="checkbox"/> Paracentese
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pós-operatório	<input type="checkbox"/> Medicação parenteral

CID-10 (principal)* _____ CID-10 (secundário) _____ CID-10 (secundário) _____

CONCLUSÃO/DESTINO*
 ELEGÍVEL: (ver legenda) AD1 AD2 AD3 INELEGÍVEL

<input type="radio"/> Admissão na própria Emad	<input type="checkbox"/> Instabilidade clínica com necessidade de monitorização contínua
<input type="radio"/> Encaminhado para outra Emad	<input type="checkbox"/> Necessidade de procedimentos complementares com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, com urgência
<input type="radio"/> Encaminhado para a Atenção Básica (AD1)	<input type="checkbox"/> Outro motivo clínico
<input type="radio"/> Outro encaminhamento	<input type="checkbox"/> Ausência de cuidador (em casos com necessidade)
	<input type="checkbox"/> Outras condições sociais e/ou familiar impeditivas do cuidado domiciliar

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO PARA ADMISSÃO

NOME COMPLETO:** _____
 NOME SOCIAL: _____
 RAÇA/COR:** Branca Preta Parda Amarela Indígena Etnia:** _____ Nº NIS (PIS/Pasep) _____
 NOME COMPLETO DA MÃE:** _____
 Desconhecido
 NOME COMPLETO DO PAI:** _____
 Desconhecido
 NACIONALIDADE:** Brasileira Naturalizado Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO:** _____ DATA DE NATURALIZAÇÃO:** ____/____/____
 PÓRTARIA DE NATURALIZAÇÃO:** _____ MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:** _____
 DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** ____/____/____ E-MAIL: _____

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA

CEP:** _____ MUNICÍPIO:** _____ UF:** _____
 BAIRRO:** _____ TIPO DE LOGRADOURO:** _____ NOME DO LOGRADOURO:** _____
 NÚMERO:** _____ Sem número COMPLEMENTO _____ PONTO DE REFERÊNCIA: _____

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

CUIDADOR
 Não possui Cônjuge/Companheiro(a) Filho(a)/Enteado(a) Pai/Mãe Avô/Avó Neto(a) Irmão(a) Outro _____
 CNS DO CUIDADOR _____

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD 1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. AD 2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas no mínimo, semanais. AD 3: usuários com os critérios de AD2 com agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica e paracentese)
 *Campo obrigatório
 **Campo obrigatório para cadastro de cidadãos admitidos na própria Emad
 ***Condicionado à resposta anterior



MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

DIGITADO POR:

CONFERIDO POR:



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

Nº CARTÃO SUS:

Nome do Cidadão:*

Data de Nascimento:* / / Sexo:* Feminino Masculino Local de Atendimento:*

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

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)
* Campo Obrigatório

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



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

Estabelecimento de Saúde	Nº CNES*
Equipe de Saúde	Nº INE (Identificador Nacional das Equipes)
Microárea	
Ficha: <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração	

DADOS CADASTRAIS

Cadastro de domicílio

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

Bairro*	CEP	DDD	Telefone
---------	-----	-----	----------

Cadastro do indivíduo

RGNS (Nº Cartão Nacional de Saúde)**	CPF (Nº Cadastro de Pessoa Física)**	NIS (Nº Identificação Social)**
Nome completo (sem abreviaturas)*		Data de Nascimento*
Nome completo da mãe (sem abreviaturas)*		Nome completo do pai
Sexo* <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino	Raça / Cor* <input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 4. Parda <input type="checkbox"/> 5. Indígena	Povo / Comunidade tradicional ⁽¹⁾
Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	País de Origem	Escolaridade* ⁽²⁾
Programas Vinculados: <input type="checkbox"/> Programa Bolsa Família <input type="checkbox"/> SISVAN <input type="checkbox"/> PSE <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		Situação familiar ⁽³⁾
UF Nascimento*		Município Nascimento*

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL***

Data do acompanhamento*: 7 / 7

Criança (<10 anos)	Peso (em kg)*	Altura (em cm)*	Aleitamento Materno**** ⁽⁴⁾	Peso ao nascer (em gramas);
Adolescente (>10 e <20 anos)	Peso (em kg)*	Altura (em m)*		
Adulto (> 20 e < 60 anos)	Peso (em kg)*	Altura (em m)*	Circunferência da cintura (em cm):	Risco aumentado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Idoso (> 60 anos)	Peso (em kg)*	Altura (em m)*		
Gestante	Peso (em kg)*	Altura (em m)*	Peso pré-gestacional (em kg):	Data da última menstruação*

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

* Campos de preenchimento obrigatório.

** Apenas um dos campos de preenchimento obrigatório.

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

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

FICHA COMPLEMENTAR
 Registro de Emergência em Saúde Pública
 Síndrome Neurológica por Zika/Microcefalia

DITADO POR	DATA
CONTHERIDO POR	FOLHA Nº

13

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

TURNO* <input type="radio"/> D <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N	IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO CNS DO CIDADÃO*	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR
---	---	-----------------------------

RESULTADOS DE EXAMES*

TESTE DO OLHINHO (REFLEXO VERMELHO)
 DATA DE REALIZAÇÃO: / / RESULTADO: Presente Bilateral Ausente ou ausente

EXAME DE FUNDO DE OLHO (02.11.06.010-0 - FUNDOSCOPIA)
 DATA DE REALIZAÇÃO: / / RESULTADO: Normal Alterado

TESTE DA ORELHINHA - PEATE (02.11.07.027-0 - POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA)
 DATA DE REALIZAÇÃO: / / RESULTADO: Passou Falhou

EXAMES DE IMAGEM

US TRANSFONTANELA (02.05.02.017-8 - ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA)
 DATA DE REALIZAÇÃO: / / RESULTADO: Normal Sugestivo de infecção congênita Outras alterações Indeterminado

TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA (02.05.01.007-9 - TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO)
 DATA DE REALIZAÇÃO: / / RESULTADO: Normal Sugestivo de infecção congênita Outras alterações Indeterminado

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (02.07.01.006-4 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO)
 DATA DE REALIZAÇÃO: / / RESULTADO: Normal Sugestivo de infecção congênita Outras alterações Indeterminado

COMISSÃO DE LICITAÇÃO - P.M. DE PAQUETÃO
 452
 página 110

FICHA COMPLEMENTAR
 Registro de Emergência em Saúde Pública
 Síndrome Neurológica por Zika/Microcefalia

DITADO POR	DATA
CONTHERIDO POR	FOLHA Nº

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

TURNO* <input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N	IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO CNS DO CIDADÃO*	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR
---	---	-----------------------------

RESULTADOS DE EXAMES*

TESTE OLHINHO (REFLEXO VERMELHO)
 DATA DE REALIZAÇÃO: / / RESULTADO: Presente Bilateral Ausente ou ausente

EXAME DE FUNDO DE OLHO (02.11.06.010-0 - FUNDOSCOPIA)
 DATA DE REALIZAÇÃO: / / RESULTADO: Normal Alterado

TESTE DA ORELHINHA - PEATE (02.11.07.027-0 - POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA)
 DATA DE REALIZAÇÃO: / / RESULTADO: Passou Falhou

EXAMES DE IMAGEM

US TRANSFONTANELA (02.05.02.017-8 - ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA)
 DATA DE REALIZAÇÃO: / / RESULTADO: Normal Sugestivo de infecção congênita Outras alterações Indeterminado

TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA (02.05.01.007-9 - TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO)
 DATA DE REALIZAÇÃO: / / RESULTADO: Normal Sugestivo de infecção congênita Outras alterações Indeterminado

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (02.07.01.006-4 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO)
 DATA DE REALIZAÇÃO: / / RESULTADO: Normal Sugestivo de infecção congênita Outras alterações Indeterminado

Legenda: Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 *Campo obrigatório

Procure a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência ou a Unidade de Referência indicada em seu cartão caso apresente um ou mais dos seguintes SINAIS DE ALARME:

- Diminuição repentina da febre
- Diminuição do volume de urina
- Dor muito forte e contínua
- Febre quando muda de posição (frente / costas / lateral)
- Vômitos frequentes
- Dificuldade de respirar
- Sangramento de nariz e boca
- Agitação ou muita sonolência
- Hemorragias inusitadas
- Suor frio

Recomendações:

- Tome muito líquido: água, suco de frutas, soro caseiro, sopas, leite, chá e água de coco
- Permanecer em repouso
- As mulheres com leite devem continuar a amamentação

Soro caseiro

Sol de cozinha	1 colher de café
Ácido	2 colheres de sopa
Água potável	1 litro



CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

Nome (completo):

Nome da mãe:

Data de nascimento: / /

Comorbidade ou risco social ou condição clínica especial?
 () sim () não

Unidade de Saúde

Apresente este cartão sempre que retornar à Unidade de Saúde

Data do início dos sintomas / /

Notificação Sim Não

Prova do laço em / Resultado:

1.ª Coleta de Exames

Hematócrito em / Resultado: %

Plaquetas em / Resultado: .000 mm³

Leucócitos em / Resultado: .000 mm³

2.ª Coleta de Exames

Hematócrito em / Resultado: %

Plaquetas em / Resultado: .000 mm³

Leucócitos em / Resultado: .000 mm³

3.ª Coleta de Exames

Hematócrito em / Resultado: %

Plaquetas em / Resultado: .000 mm³

Leucócitos em / Resultado: .000 mm³

Acompanhamento

1.º dia 2.º dia 3.º dia 4.º dia 5.º dia 6.º dia 7.º dia

PA
mmHg
(em pé)

PA
mmHg
(deitado)

Temp.
axilar
°C

Sinal de
alarme

Classif.
de risco

Informações complementares

Sorologia agendada para /



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
 Rua Tenente Joaquim Nogueira de Queiroz, s/n - Centro - Pacajus
 Fone/Fax: (85) 3348.1834 - E-mail: saudepacajus@ig.com.br

15

NIS Número de Identificação Social	Micro Área/Profissional de Saúde	Data de Nascimento	Data de Atendimento Visita domiciliar *	Todos		Crianças			Mulheres										
				Peso (kg) *	Estatura (cm / m) **	Vacinação em dia	1-Sim 2 - Não	Alimentação Materno (2) ***	1 - Gestante *****	2 - Não Gestante	3 - Não pode ser Gestante	3a Gestantes *****	1 - Pré-Natal em dia	2 - Sem Pré-Natal em dia					
	Bairro																		DUM *****
Endereço:																			
Endereço:	Bairro																		
Endereço:	Bairro																		
Endereço:	Bairro																		
Endereço:	Bairro																		





PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
 Rua Tenente Joaquim Nogueira de Queiroz, s/n - Centro - Pacajus
 Fone/Fax: (85) 3348.1834 - E-mail: saudepacajus@ig.com.br

NIS Número de Identificação Social	Micro Área/Profissional de Saúde	Data de Nascimento	Data de Atendimento Visita domiciliar*	Todos		Crianças		Mulheres										
				Peso (kg) *	Estatura (cm / m) **	Vacinação em dia 1-Sim 2 -Não	Alimentação Materno (2) ***	1 - Gestante **** 2 - Não Gestante 3 - Não pode ser Gestante	Se Gestantes ***** 1 - Pré-Natal em dia 2 - Sem Pré-Natal em dia	DUM ****								
Endereço:	Bairro	Familia localizada*: Sim ou Não Ocorrência que dificultou o Acompanhamento*																
Endereço:	Bairro	Familia localizada*: Sim ou Não Ocorrência que dificultou o Acompanhamento*																
Endereço:	Bairro	Familia localizada*: Sim ou Não Ocorrência que dificultou o Acompanhamento*																
Endereço:	Bairro	Familia localizada*: Sim ou Não Ocorrência que dificultou o Acompanhamento*																

PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

16

RECEITUÁRIO

Paciente: _____





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente	
Nome Completo:	
CRM	UF Nº
Endereço Completo e Telefone:	
Cidade:	UF:
Carimbo e assinatura do médico	

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Identificação do Comprador	
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do farmacêutico	
Data:	







COMISSÃO DE LICITAÇÃO Nº 257
Página 18
M. DE PACAJUS

NOME: _____

DATA NASC.: _____

ENDEREÇO: _____

TIPO DE CLIENTE

- NOVA - Que nunca se submeteu ao exame citológico
- CONTROLE - Com exame anterior Negativo / inflamatório
- SEGUIMENTO - Acompanhamento após diagnóstico / tratamento de displasias ou carcinomas

- ÚLTIMO EXAME HÁ**
- 1 a 3 anos
- + de 3 anos
- + de 5 anos
- Ignorado

RADIOTERAPIA? SIM NÃO GESTANTES SIM NÃO TRH? SIM NÃO

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Tipo	Tempo de Uso	Causa de Interrupção

ENFERMEIROS E MÉDICOS

Início da vida sexual: _____ GESTA: _____ PARA: _____ ABORTO: _____ Última Gravidez: _____

Ciclos: _____ UR: _____ Sinusiorragia Sim Não Eletro: Sim Não

DST: Sim Não Qual? _____ Fumante: Sim Não

Câncer Familiar Sim Não Quem _____ Tipo: _____

Diabete: Sim Não Hipertensão: Sim Não Outros: _____

Antec. Cirúrgicos: _____

Queixas: _____

PA: _____ Peso: _____ Vulva Normal Condiloma: _____

Mamas Normais Z. Displásica # _____ Outros _____

Nódulos Cout. Vaginal Normal Amarelo

Z. Dolorosas Grumoso Bolhoso Sanguinolento

Descargas Colo Normal M.V.P.O.

Cicatriz Sangramento Fácil Ulceração

Retração Outros _____

Obs.: _____ Schiller: I+ ICL I-

ABDÔMEN: _____ Toque _____

Ass.: _____ ENFERMEIRO COREN Nº MÉDICO CRM Nº _____

Para ser preenchido antes de administrar contraceptivo hormonal (oral ou injetável)

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA USUÁRIA	SIM	NÃO
Métodos hormonais (AOC, PEP e injetáveis)		
Primeiro dia da menstruação há mais de (sete) dias		
Amamentando e com menos de seis semanas pós-parto		
Hemorragia / sangramento intermenstrual ou após ato sexual		
Icterícia pele ou olhos anormalmente amarelos		
Dor de cabeça intensa ou perturbações visuais		
Fumante acima de 35 anos		
Dor intensa na panturrilha, coxa ou no peito ou pernas inchadas (edema)		
Pressão sanguínea acima de 180mm (sistólica) ou 105 mm (diastólica)		
Câncer dos seios ou massa ou nódulo suspeito (fixo, não sensível, firme no seio)		
Tomando medicamentos para epilepsia (convulsões) ou rifampicina para (tuberculose)		

^a Se a usuária responder "Não" a todas as seguintes perguntas, exames físicos não são necessários para a provisão segura do método anticoncepcional

^b Os AOC são o último método de escolha para lactentes, especialmente nos primeiras seis semanas pós-parto.

^c Não aplicável a anticoncepcionais exclusivamente de progestágeno

^d Não é aplicável para injetáveis (DMPA)

Para ser preenchido antes de ministrar o DIU

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA USUÁRIA	SIM	NÃO
DIUs		
Primeiro dia da menstruação há mais de (sete) dias		
Usuária (ou parceiros) tem outros parceiros sexuais		
Infecções do trato genital transmissíveis sexualmente (ITG) ou outras DST (p. ex. HIV, IIV / AIDS)		
Infecção pélvica (DIP) ou gravidez ectópica		
Forte hemorragia (>2 menses / tampões por hora)		
Hemorragia prolongada (>8 dias)		
Cólica menstrual intensa (dismenorreia) que necessita analgésico ou repouso		
Hemorragia / sangramento intermenstrual ou após ato sexual ^a		
Doença valvular sintomática		
Necessidade de administrar antibiótico profilático, se não estiver tomando antibiótico no momento da inserção do DIU.		
Histerometria: _____		

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CMS de Laboratório

Nome do Laboratório

Número do exame

Recebido em

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DE ÚTERO

AValiação Pré-Análítica

AMOSTRA REJEITADA POR:

Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário

Lâmina danificada ou ausente

Causas alheias ao laboratório; específicar _____

Outros causas; específicar _____

EPItELIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA

Escamoso

Glandular

Metaplasia

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, NO MATERIAL EXAMINADO

Sim Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

Inflamação

Metaplasia escamosa imatura

Reparação

Área com inflamação

Radiação

Outros, específicar: _____

MICROBIOLOGIA

Lactobacilos sp

Cacos

Suggestivo de Chlamydia sp

Adhomyces sp

Candida sp

Trichomonas vaginalis

Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes

Bacilos supradaptoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella / Mobiluncus

Outros bacilos _____

Outros, específicar: _____

Observações Gerais:

Screening pelo citotécnico:

Data de Resultado

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL

Satisfatória

INSATISFATORIA PARA AVALIAÇÃO ONCÔGICA DEVIDO A:

Material celular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço

Sangue em mais de 75% do esfregaço

Flocos em mais de 75% do esfregaço

Artérios de dessecação em mais de 75% do esfregaço

Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço

Intenso superposição celular em mais de 75% do esfregaço

Outros (específicar): _____

CELULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escamosos Possivelmente não neoplásicos (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

ATÍPICAS EM CELULAS ESCAMOSAS

Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV a 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

ATÍPICAS EM CELULAS GLANDULARES

Adenocarcinoma "in situ"

Cervical Endometrial

Sem outras especificações

OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS

PRESENÇA DE CELULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Responsável

CPF



FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE - Continuação

Data do atendimento: ___/___/___

GESTAÇÃO ATUAL	57	Trabalho de parto prematuro	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Rotura prematura de membranas	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Diabetes Gestacional	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Hemorragia 1° Trim.	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	
		Isomunização RH	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Incontinência Istmo-Cervical	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Se, sim: Insulina:	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Hemorragia 2° Trim.	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	
		Infecção urinária	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	HIV/AIDS	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Pré-Eclâmpsia	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Hemorragia 3° Trim.	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	
		Oligo/polidrâmnio	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Cigarros	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Eclâmpsia	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Hipertensão em uso de medicamento	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	
		Alcool	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Drogas	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Violência doméstica	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Pós-Datismo	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	
		Cardiopatia	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	CIUR	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM					
SITUAÇÃO VACINAL	58	Situação da vacina antitetânica	INFORMA DOSE: 1ª: ___/___/___		59	Hepatite B	INFORMA DOSE: 1ª: ___/___/___		60	INFLUENZA
		[1] Não vacinada <input type="checkbox"/> [2] Imunizada a menos de 5 anos <input type="checkbox"/> [3] Imunizada a mais de 5 anos <input type="checkbox"/> [4] Vacinação incompleta <input type="checkbox"/> [9] Ignorado <input type="checkbox"/>	2ª: ___/___/___ 3ª: ___/___/___ Reforço: ___/___/___			[1] Sim <input type="checkbox"/> [2] Não <input type="checkbox"/> [9] Ignorado <input type="checkbox"/>	2ª: ___/___/___ 3ª: ___/___/___		[1] Sim <input type="checkbox"/> [2] Não <input type="checkbox"/> [9] Ignorado <input type="checkbox"/>	DATA: ___/___/___
	61	Unidade de referência pré-natal de alto risco:	Código CNES: _____							
	62	Realizado Atendimento odontológico: (1)- Sim (2)- Não (9)- Ignorado	<input type="checkbox"/>	63	Participação em atividade educativa (1) SIM - DATA: ___/___/___ (2) NÃO	<input type="checkbox"/>	64	Realizou visita à maternidade: (1) - SIM - Data: ___/___/___ (2) - NÃO		

TESTES RÁPIDOS

65	Gravidez	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	SOLICITAÇÃO	RESULTADO	66	Sífilis	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
			Data: ___/___/___	Data: ___/___/___				Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
			Hora: ___:___:___	Hora: ___:___:___				Hora: ___:___:___	Hora: ___:___:___
67	HIV	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM			68	Dosagem de proteinúria (FITA REAGENTE POSITIVO)	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM		
			Data: ___/___/___	Data: ___/___/___				Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
			Hora: ___:___:___	Hora: ___:___:___				Hora: ___:___:___	Hora: ___:___:___

EX. DE ROTINA

69	Tipagem Sanguínea Fator RH negativo?	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	SOLICITAÇÃO	RESULTADO	70	Hemoglobina HB < 11g/dl?	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
			Data: ___/___/___	Data: ___/___/___				Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
71	Glicemia de Jejum maior que 95mg/dL?	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM			72	VDRL+?	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM		
			Data: ___/___/___	Data: ___/___/___				Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
73	Sorologia+ p/ Hep.B (HBsAg)?	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM			74	Toxoplasmose IgG Positivo?	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM		
			Data: ___/___/___	Data: ___/___/___				Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
75	Urina, Alteração?	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM							
			Data: ___/___/___	Data: ___/___/___				Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
			Tratada? () Sim () Não						
77	Anti-HIV Positivo?	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM			76	Urocultura Positiva?	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM		
			Data: ___/___/___	Data: ___/___/___				Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
79	Ultrassom Obstétrico	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM			78	Outros informa:			
			Data: ___/___/___	Data: ___/___/___					

EX. ADICIONAIS

80	Coombs Indireto positivo	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	SOLICITAÇÃO	RESULTADO	81	Eletroforese de Hemoglobina alterada.	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
			Data: ___/___/___	Data: ___/___/___				Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
82	Parasitologia de Fezes+	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM							
			Data: ___/___/___	Data: ___/___/___					
83	TOT alterado	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM							
			Data: ___/___/___	Data: ___/___/___					

EX. EXAMES ESPECIAIS

84	Contagem de Plaquetas	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	85	Dosagem de Ácido Úrico	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
86	Dosagem de Uréia	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	87	Dosagem de Creatinina	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
88	Dosagem de Proteína Urina 24h	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	89	Eletrocardiograma	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
90	Ultrassom Obstétrico com Doppler	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	91	Outros	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
92	Cardiotocografia	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___				

93 Responsável pela digitação: _____ Data da digitação: ___/___/___

SISPRENATAL N: _____

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

Data do atendimento: ____/____/____

DADOS DO ESTABELECIMENTO

1 Município do atendimento

2 Código do IBGE

3 Sigla da UF

4 Nome do Estabelecimento de Saúde

5 Código CNES

6 Nº área

7 Nº microárea

8 Nome do profissional

CBO

9 Cartão nacional de saúde - CNS profissional

DADOS PESSOAIS

10 Nº do cartão nacional de saúde - CNS da gestante

11 Nº inscrição social - NIS

12 Nome da gestante

13 Data nascimento: ____/____/____

14 Nome da mãe da gestante

15 Idade: ____/____/____
 menor de 15 anos

16 Nome: Representante familiar; (se menor incapaz)

17 Nº NIS

18 Município de residência:

19 UF:

19 Código IBGE

20 Logradouro (Rua avenida):

21 Bairro:

22 Nº

23 Complemento

24 Ponto de referência

25 CEP

Zona: 1-urbana/ 2-rural/ 3- perurbana/ 9 ignorado

Nacionalidade: 1 - brasileira / 2 - estrangeira

Reside no Brasil: 1 - sim / 2 não

26 Telefone fixo

27 Celular

28 E-mail:

29 Escolaridade

30 Estado civil/união

31 Raça/cor (por autodeclaração):

- (0) Analfabeto
 (1) 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)
 (2) 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)
 (3) 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)
 (4) 1ª ou 2ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)
 (5) Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau)
 (6) Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau)
 (7) Educação superior incompleta
 (8) Educação superior completa (9) Ignorado (10) Não se aplica

- (0) Convive com companheiro e filhos)
 (1) Convive com companheiro, com laços conjugais e sem filhos
 (2) Convive com companheiro, com filhos e/ou outros familiares
 (3) Convive com familiares, sem companheiro
 (4) Convive com outros parentes; sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
 (5) Vive so

- (1) branca
 (2) preta
 (3) amarela
 (4) parda
 (5) indígena
 (9) Ignorada

PREENCHER COM APENAS UM DOS DOCUMENTOS

32 Nome do cartório:

33 Certidão: [1] Nascimento [2] Casamento [3] Separação/Divórcio

34 Livro:

35 Folha:

36 Termo:

37 Data de emissão:

38 Identidade:

39 Data de emissão:

40 Órgão Emissor:

41 UF:

42 Carteira de trabalho:

43 Série:

44 UF:

45 CPF:

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

Consulta do: (1) - 1º Trimestre (2) - 2º Trimestre (3) - 3º Trimestre (9) - Ignorado

46 DUM: ____/____/____

47 DPP: ____/____/____

48 Altura/m: ____

49 Peso/gramas: ____

50 Precisa de auxílio deslocamento: NÃO SIM

ACOLHIMENTO

51 Semanas de gestação, se DUM ignorada: ____

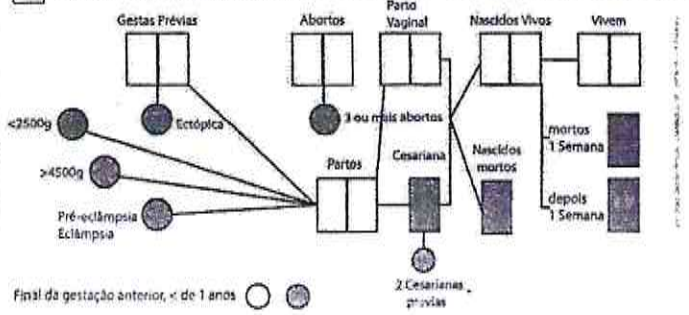
52 Tipo de gravidez:
 Única
 Gemelar
 Tripla ou mais
 Ignorada

53 Gravidez Planejada: NÃO SIM

54 IG (sem/dias pelo ultrassom) ____/____/____

55 Data do ultrassom: ____/____/____

56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS



ANTECEDENTES CLÍNICOS

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tromboembolismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pré-eclâmpsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Doença Mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eclâmpsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipertensão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiopatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outros, qual: _____		