



21

CARTÃO DA MULHER/ADOLESCENTE

MUNICÍPIO: _____
SERVIÇO DE SAÚDE: _____
NOME: _____
ENDEREÇO: _____

Nº DO PRONTUÁRIO DATA DE NASCIMENTO

ESTADO CIVIL: _____
SOLTEIRA ()
CASADA ()
C/COMPANHEIRO ()
S/COMPANHEIRO ()

ESCOLARIDADE: _____
NÃO SABE LER ()
SABE LER ()
1º GRAU ()
2º GRAU ()
SUPERIOR ()

AGENDAMENTO

DATA	HORA	NOME DO PROFISSIONAL	SALA

Atendimento	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Segue recomendações						
Atenção com Escuta de Material Educativo						
Atenção com Perguntas						
Faz Lê o Material Educativo						
Grupo						
Individual						
Educação para o Auto Cuidado						
Nº da Condução						
Data						

Atendida por	Outros	Enfermeiro	Médico
Peso			
P. A.			
Segmento			
Rúbrica			



PREFEITURA
PACAJUS
RENOVADA E DE TODOS

22

RETIRAR!

Secretaria Municipal de Saúde

Coordenação do Programa de Controle das Diabetes/Hipertensão

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE DIABÉTICOS/HIPERTENSOS

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

DOC. IDENT. Nº: _____ IDADE: _____

LOCALIDADE: _____

AGENTE DE SAÚDE: _____

UNIDADE DE SAÚDE: _____

OBSERVAÇÕES: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJAÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

23

MAPA DIÁRIO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Unidade		Dia/Mês/Ano		Nome do Profissional - Mat CRO		Distrito																										
Ordem	Serviços Pacientes	Sexo F ou M		Idade		Coletivo		1ª consulta		Prevenção			Perio		Capramento Pulpar		Pulpotomia		Dentística			Cirurgia			Assinatura Usuário							
		Escovação supervisionada	Bochecho	Cluoretado	Aplicação Tópica de Flúor gel	Exame c/finalidade	Epidemiológica	Aplicação de Flúor	Aplicação de Selante (por dente)	Evidenciação de placa bacteriana	Rap supragengival (por sextante)	RA Subgengival (por sextante)	Restauração de Dente Decíduo	Restauração de dente permanente anterior	Restauração de dente permanente posterior	Exodontia de dec/Duo	Exodontia permanente	Tio. Alveolite	Tio. Hemorragia													
01																																
02																																
03																																
04																																
05																																
06																																
07																																
08																																
09																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																
17																																
18																																
19																																
20																																
21																																
22																																



PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

Nome: _____ Data Nasc.: _____

Endereço: _____

ANAMNESE

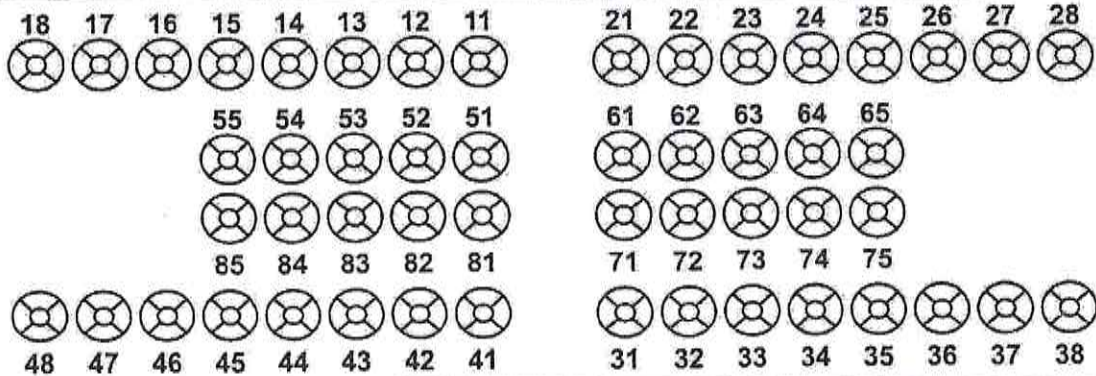
Alergias: _____

Uso de Medicamentos: _____

Alteração Fisiológica: _____

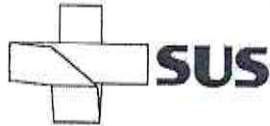
ASSINATURA DO PACIENTE

ODONTOGRAMA



PLANO DE TRATAMENTO

- | | |
|-----------|-----------|
| 1. _____ | 11. _____ |
| 2. _____ | 12. _____ |
| 3. _____ | 13. _____ |
| 4. _____ | 14. _____ |
| 5. _____ | 15. _____ |
| 6. _____ | 16. _____ |
| 7. _____ | 17. _____ |
| 8. _____ | 18. _____ |
| 9. _____ | 19. _____ |
| 10. _____ | 20. _____ |



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



25

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento: NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

UF: MÊS: ANO: FOLHA:

ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
02	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
03	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
04	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
05	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
06	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
07	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
08	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
09	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
10	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
11	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
12	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
13	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
14	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
15	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
16	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
17	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
18	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
19	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
20	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

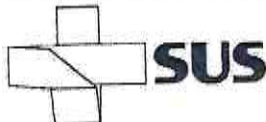
CARIMBO: RUBRICA:

DATA: / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO: RUBRICA:

DATA: / /



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento <input type="text"/>	NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE <input type="text"/>	
UF <input type="text"/>	MÊS ANO <input type="text"/>	FOLHA <input type="text"/>

ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
02	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
03	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
04	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
05	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
06	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
07	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
08	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
09	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
10	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
11	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
12	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
13	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
14	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
15	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
16	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
17	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
18	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
19	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
20	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
TOTAL					<input type="text"/>

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

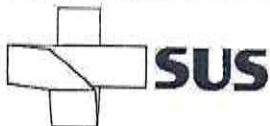
GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /

DATA / /



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)



26

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento:

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

UF:

MÊS: ANO:

FOLHA:

ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
02	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
03	0101020015	AÇÃO COLETIVA DE APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR GEL	223293 - Cir. Dentista PSF		
04	0101020023	AÇÃO COLETIVA DE BÓCHECHO FLUORADO	223293 - Cir. Dentista PSF		
05	0101020031	AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	223293 - Cir. Dentista PSF		
06	0101020040	AÇÃO COLETIVA DE EXAME BUCAL C/ FINALIDADE EPIDEMIOLÓGICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
07	0101020066	APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)	223293 - Cir. Dentista PSF		
08	0101020074	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)	223293 - Cir. Dentista PSF		
09	0101020082	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	223293 - Cir. Dentista PSF		
10	0307010015	CAPEAMENTO PULAR	223293 - Cir. Dentista PSF		
11	0307010023	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECIDUO	223293 - Cir. Dentista PSF		
12	0307010031	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	223293 - Cir. Dentista PSF		
13	0307010040	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	223293 - Cir. Dentista PSF		
14	0307020070	PULPOTOMIA DENTARIA	223293 - Cir. Dentista PSF		
15	0307030016	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENT. SUPRAGENG (POR SEXTANTE)	223293 - Cir. Dentista PSF		
16	0307030024	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAI (POR SEXTANTE)	223293 - Cir. Dentista PSF		
17	0414020120	EXODONTIA DE DENTE DECIDUO	223293 - Cir. Dentista PSF		
18	0414020138	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	223293 - Cir. Dentista PSF		
19	0414020159	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUÇO-DENTAL	223293 - Cir. Dentista PSF		
20	0414020383	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	223293 - Cir. Dentista PSF		

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

26

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento: NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

UF: MÊS: ANO: FOLHA:

ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
02	0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
03	0101020015	AÇÃO COLETIVA DE APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR GEL	223293 - Cir. Dentista PSF		
04	0101020023	AÇÃO COLETIVA DE BOCHECHO FLUORADO	223293 - Cir. Dentista PSF		
05	0101020031	AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	223293 - Cir. Dentista PSF		
06	0101020040	AÇÃO COLETIVA DE EXAME BUÇAL C/ FINALIDADE EPIDEMIOLÓGICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
07	0101020066	APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)	223293 - Cir. Dentista PSF		
08	0101020074	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)	223293 - Cir. Dentista PSF		
09	0101020082	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	223293 - Cir. Dentista PSF		
10	0307010015	CAPEAMENTO PULAR	223293 - Cir. Dentista PSF		
11	0307010023	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECIDUO	223293 - Cir. Dentista PSF		
12	0307010031	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	223293 - Cir. Dentista PSF		
13	0307010040	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	223293 - Cir. Dentista PSF		
14	0307020070	PULPOTOMIA DENTARIA	223293 - Cir. Dentista PSF		
15	0307030016	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENT. SUPRAGENG (POR SEXTANTE)	223293 - Cir. Dentista PSF		
16	0307030024	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAI (POR SEXTANTE)	223293 - Cir. Dentista PSF		
17	0414020120	EXODONTIA DE DENTE DECIDUO	223293 - Cir. Dentista PSF		
18	0414020138	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	223293 - Cir. Dentista PSF		
19	0414020159	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL	223293 - Cir. Dentista PSF		
20	0414020383	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	223293 - Cir. Dentista PSF		

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SAÚDE BUCAL
LISTA DE MATERIAIS ODONTOLÓGICOS
COORDENAÇÃO DA SAÚDE BUCAL

UNIDADE DE SAÚDE:

DATA:

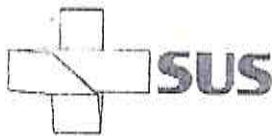
ORD	MATERIAL DE CONSUMO	APRES	SALDO ANTERIOR	ENTRADA	CONSUMO MENSAL	ESTOQUE ATUAL	VALIDADE	QUANTIDADE SOLICITADA	QUANTIDADE ATENDIDA
1.	ABAIXADOR DE LINGUA PACOTE COM 100 UNIDADE	PACOTE							
2.	ACIDO COND. FOSFORICO A 37% C/ 2,5 ml	SERINGA							
3.	AGENTE DE UNIÃO ODONTOLÓGICO POLIMERIZÁVEL	FRASCO							
4.	ÁGUA DESTILADA 5L	GALÃO							
5.	ÁGUA OXIGENADA 10V+PEROXIDO DE HIDROGENIO 3%	LITRO							
6.	ÁGUA GENGIVAL CURTA DESCART. CX C 100 UM	CAIXA							
7.	ALCOOL 70 100ml	FRASCO							
8.	ALCOOL ABSOLUTO 100ml	FRASCO							
9.	ALGODÃO HIDRÓFILO PACOTE COM 500mg	PACOTE							
10.	ALGODÃO PARA ISOLAMENTO C/ 100 UNIDADES	PACOTE							
11.	ALMÁLGAMA CAPSULA	CAIXA							
12.	ANÉSTESICO PRILOCAÍNA C/ FELIPRESSINA (CAIXA C/ 50)	CAIXA							
13.	ANESTESICO LIDOCAINA COM FELIPRESSINA CX COM 50	CAIXA							
14.	ANESTESICO PRILOCAINA COM FENILEFRINA CX COM 50 UNIDADE	CAIXA							
15.	ANESTESICO TÓPICO GEL	POTE							
16.	AVENTAL CIRURGICO DESCARTAVEL (MANGA LONGA)	UNIDADE							
17.	CARBONO PARA OCLUSAO (12FOLHAS)	ENVELOPE							
18.	COLETOR DE MATERIAL PERFURO CORTANTE 13L	UNIDADE							
19.	CREME DENTAL COM FLUOR 90G	UNIDADE							
20.	CUNHAS DE MADEIRA CERVICAL COLORIDA	CAIXA							
21.	DETERGENTE ANTISSEPTICO	FRASCO							

	(CLOREXIDINA) 2% 100ml								
22.	DETERGENTE ENZIMÁTICO 5L	GALÃO							
23.	DISCO DE LIXA DE PAPEL 106mm PACOTE COM 100	PACOTE							
24.	ENVELOPES DE ESTERILIZAÇÃO 100m/100mm	UNIDADE							
25.	ENEVELOPE DE ESTERILIZAÇÃO 100m/200m	UNIDADE							
26.	ENXAGUATÓRIO BUCAL C/ CLOREXIDINA 0,12% 1,5l	FRASCO							
27.	ESCOVA DE ROBSON RETA	UNIDADE							
28.	ESCOVA DE AÇO PARA LIMPEZA DE BROCAS	UNIDADE							
29.	ESCOVA DENTAL ADULTO	UNIDADE							
30.	ESCOVA DENTAL INFANTIL	UNIDADE							
31.	EVIDENCIADOR (SOLUÇÃO) DE PLACA BACTERIANA 500 ml	FRASCO							
32.	FIO DE SUTURA 3.0 AGULHADO CX C 24	CAIXA							
33.	FIO DENTAL 500m	UNIDADE							
34.	FITA ADESIVA HOSPITALAR 15mmx50m	UNIDADE							
35.	FITA ADESIVA PARA AUTOCLAVE 19mmx30m	UNIDADE							
36.	FITA MATRIZ DE AÇO 5mm	UNIDADE							
37.	FITA MATRIZ DE AÇO 7mm	UNIDADE							
38.	FITA MATRIZ POLIESTER ENVELOPE COM 50 un	UNIDADE							
39.	FIXADOR RADIOGRAFICO C/750ml	FRASCO							
40.	FLUORETO DE SÓDIO 0,2%	FRASCO							
41.	FLUOR TÓPICO GEL FRASCO	FRASCO							
42.	FORMOCRESOL LIQUIDO	FRASCO							
43.	GAZE HIDRÓFILA 7,5x7,5 PACOTE COM 500 UNIDADES	PACOTE							
44.	GORRO DESCARTAVEL COM UNIDADE	UNIDADE							
45.	HIDROXIDO DE CÁLCIO PÓ VIDRO C/10g	FRASCO							
46.	HIDROXIDO DE CÁLCIO- PASTA KIT.	CAIXA							
47.	IONÓMERO DE VIDRO AUTOPOLIMERIZ.	CAIXA							
48.	IRM (MATERIAL RESTAURADOR) KIT	CAIXA							
49.	LÂMINA DE BISTURI N: 15	CAIXA							
50.	LIXAS DE AÇO PARA ALMAGAMA. 4mm c/ 12 um								
51.	LIXAS DE POLIESTER PARA RESINA CX COM 150 UM	ENVELOPE							

52.	LUBRIFICANTE SPRAY ALTA E BAIXA ROTAÇÃO C/ 200ml	UNIDADE						
53.	LUVAS PARA PROCEDIMENTO TAM. G	CAIXA						
54.	LUVAS PARA PROCEDIMENTO TAM. M	CAIXA						
55.	LUVAS PARA PROCEDIMENTO TAM. P	CAIXA						
56.	MICROBRUSH DESCARTAVEL C/ 100 UN	CAIXA						
57.	PASTA PROFILÁTICA COM FLUOR 90G	UNIDADE						
58.	PEDRA POMES	POTE						
59.	PELICULA RADIOGRAFICA PERIAPICAL ADULTO CX. 150 UM	CAIXA						
60.	PELICULA RADIOGRAFICA PERIAPI. PEDIAT. COM 100	CAIXA						
61.	PORTA RADIOGRAFIA PERIAPICAL	PACOTE						
62.	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL A1	UNIDADE						
63.	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL A2	UNIDADE						
64.	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL A3	UNIDADE						
65.	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL A 3,5	UNIDADE						
66.	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL A4	UNIDADE						
67.	REVELADOR RADIOGRAFICO	FRASCO						
68.	ROLO FILME PVC 300MX30cm	ROLO						
69.	SABÃO LIQUIDO ANTISSEPTICO 100 ml							
70.	SELANTE PARA CICATRICULA E FISSURA C/ FLUOR	UNIDADE						
71.	SOLUÇÃO HEMOSTÁTICA	FRASCO						
72.	SOLUÇÃO ESTERILIZANTE FORMALDEÍDO 100 ml	FRASCO						
73.	SUGADOR DESCARTÁVEL PLÁSTICO	PACOTE						
74.	VERNIZ COM FLUOR	FRASCO						
75.	BROCA DE ALTA 1011	UNIDADE						
76.	BROCA DE ALTA 1012	UNIDADE						
77.	BROCA ALTA 1013	UNIDADE						
78.	BROCA DE ALTA 1033	UNIDADE						
79.	BROCA DE ALTA 1034	UNIDADE						
80.	BROCA DE BAIXA 2,4,6	UNIDADE						
81.	Agulha Gingival Longa Descartável. CX com 100	CAIXA						
82.	ANESTÉSICO MEPIVACAÍNA COM EPINEFRINA	CAIXA						
83.	GRAU PARA ESTERILIZAÇÃO COM 20 cm	ROLO						
84.	GRAU PARA ESTERILIZAÇÃO 10 cm	ROLO						
85.	COPO DESCARTÁVEL	PACOTE						
86.	FITA ADESIVA HOSPITALAR ADESIVA	UNIDADE						

87.	BROCA 1092								
88.	BROCA 1090								
89.	BROCA 3138F								
90.	BROCA 3168F								
91.	BROCA 1012 HL								
92.	BROCA 3135F								
93.	BROCA CIRURGICA								
94.	BROCA CARBIDE								
95.	BROCA CIRURGICA 702								

Rua Tenente Joaquim Nogueira de Queiroz, 138 – Centro – Pacajus Ceará
CNPJ: 11.980518/0001-55Pabx: (85) 3348.1179/ 3348.1834
Email: secsaudepacajus@yahoo.com.br



Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE



UF

MÊS

ANO

FOLHA

ATENDIMENTO REALIZADO

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

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /

DATA / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PROFISSIONAL

CEO

MESIANO

EQUIPE

FOLHA

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PACIENTE

SEXO
Masc. Fem.

DATA DE NASCIMENTO

NACIONALIDADE

RAÇA/COR

ETNIA

CEP

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

COD LOGRADOURO

ENDEREÇO

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

E-MAIL

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

CNPJ

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

Nº DA AUTORIZAÇÃO

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PACIENTE

SEXO
Masc. Fem.

DATA DE NASCIMENTO

NACIONALIDADE

RAÇA/COR

ETNIA

CEP

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

COD LOGRADOURO

ENDEREÇO

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

E-MAIL

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

CNPJ

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

Nº DA AUTORIZAÇÃO

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PACIENTE

SEXO
Masc. Fem.

DATA DE NASCIMENTO

NACIONALIDADE

RAÇA/COR

ETNIA

CEP

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

COD LOGRADOURO

ENDEREÇO

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

E-MAIL

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

CNPJ

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

Nº DA AUTORIZAÇÃO

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
CARIMBO RUBRICA

CARIMBO

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

RUBRICA

DATA / /

DATA / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE _____ CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ NOME DO PROFISSIONAL _____
 CBO _____ MÊS/ANO _____ EQUIPE _____ FOLHA _____

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ NOME DO PACIENTE _____
 SEXO _____ DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____ RAÇA/COR _____ ETNIA _____ CEP _____ COD. IBGE MUNICÍPIO _____
 MASC. FEM.
 COD. LOGRADOURO _____ ENDEREÇO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____
 BAIRRO _____ DDD _____ TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE _____ E-MAIL _____

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO _____ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____ QTDE. _____ CNPJ _____
 SERVIÇO _____ CLASS _____ CID _____ CARATER DE ATENDIMENTO _____ N° DA AUTORIZAÇÃO _____

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ NOME DO PACIENTE _____
 SEXO _____ DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____ RAÇA/COR _____ ETNIA _____ CEP _____ COD. IBGE MUNICÍPIO _____
 MASC. FEM.
 COD. LOGRADOURO _____ ENDEREÇO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____
 BAIRRO _____ DDD _____ TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE _____ E-MAIL _____

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO _____ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____ QTDE. _____ CNPJ _____
 SERVIÇO _____ CLASS _____ CID _____ CARATER DE ATENDIMENTO _____ N° DA AUTORIZAÇÃO _____

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ NOME DO PACIENTE _____
 SEXO _____ DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____ RAÇA/COR _____ ETNIA _____ CEP _____ COD. IBGE MUNICÍPIO _____
 MASC. FEM.
 COD. LOGRADOURO _____ ENDEREÇO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____
 BAIRRO _____ DDD _____ TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE _____ E-MAIL _____

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO _____ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____ QTDE. _____ CNPJ _____
 SERVIÇO _____ CLASS _____ CID _____ CARATER DE ATENDIMENTO _____ N° DA AUTORIZAÇÃO _____

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
 CARIMBO _____ RUBRICA _____
 ATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL
 CARIMBO _____ RUBRICA _____
 DATA / /



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
 Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Ten. Joaquim Nogueira de Queiroz - Centro - Pacajus-CE
 CEP: 62.870-000 - Fone: (85) 3348-3487



30

Monitoramento das Doenças Diarreia Aguda

Unidade Básica da Saúde: _____

Código SIA: _____

Município: **PACAJUS**

Cód. Município.: **230960**

Ano/Semana Epidemiológico: _____/2011

MR: **FORTALEZA**

Microárea		Faixa Etária						Plano Tratamento					Surto		
Qtde	Qtde Inform	< 1	1-4	5-9	10+	Ign	Total	A	B	C	Ign.	Total	Num	Invest.	Não

Ocorreu óbito por diarreia? Sim Não

Óbitos por Faixa Etária					
< 1	1-4	5-9	10+	Ign.	Total

Responsável: _____

DATA: _____/_____/2011



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
 Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Ten. Joaquim Nogueira de Queiroz - Centro - Pacajus-CE
 CEP: 62.870-000 - Fone: (85) 3348-3487

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DE SAÚDE
 MICRORREGIONAL DE SAÚDE - MR1

NOTIFICAÇÃO NEGATIVA / POSITIVA SEMANAL

Município: **PACAJUS**

Ano/Semana Epidemiológica: _____/2011

TÉTANO NEONATAL				PARALISIA FLÁCIDA AGUDA		
UBASF	NOTIFICAÇÃO NEGATIVA	Nº DE CASOS SUSPEITOS	NÃO NOTIFICARAM	NOTIFICAÇÃO NEGATIVA	Nº DE CASOS SUSPEITOS	NÃO NOTIFICARAM

Responsável: _____

DATA: _____/_____/2011



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Ten. Joaquim Nogueira de Queiroz - Centro - Pacajus-CE
CEP: 62.870-000 - Fone: (85) 3348-3487

Plano de Erradicação do sarampo e Controle da Rubéola
Ficha de Atualização Semanal da Classificação dos Casos Notificados de Sarampo / Rubéola

Semana / Ano de Notificação: _____ / 201____ Responsável p/ Notificação: _____
UNIDADE: _____ CRES: _____

Número de casos notificados nesta semana	Casos suspeitos		Número de casos acumulados até esta semana	Casos suspeitos		Total de Casos
	Sarampo	Rubéola		Sarampo	Rubéola	

DADOS COMPLEMENTARES DOS CASOS NOTIFICADOS NA SEMANA

Nº SIMAN	NOME	IDADE	DATA NOTIFICAÇÃO	DATA INVESTIGAÇÃO	BLOQUEIO			DATA INICIO DO EXAME DO SORO	DATA COLET DO SORO	DATA ENVIO SORO LACEN	DATA RECEB RESUL LANCEN	DIAGNÓSTICO FINAL						
					RE	NR	NI					S	R	D	O E			

LEGENDA:
 S=Sarampo
 R=Rubéola
 RE=Realizado

D=Dengue
 OE=Outras Exantemáticas
 NR=Não Realizado

SR=Soro Reagente
 SNR=Soro Não Reagente
 NI=Não Indicado (todos vacinados)

DATA: _____ / _____ / 201____

CADASTRO DOMICILIAR

DIGITADO POR: DATA: / /
 CONFERIDO: FOLHA: 31

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

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



ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA
 TIPO DE LOGRADOURO: _____ NOME DO LOGRADOURO: _____
 COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____
 MUNICÍPIO: _____ UF: _____ CEP: _____

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

 Assinatura

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

CONDIÇÕES DE MORADIA
 SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA: Próprio Financiado Alugado Arrendado Cedido Ocupação Situação de Rua Outra
 LOCALIZAÇÃO: Urbana Rural

TIPO DE DOMICÍLIO: Casa Apartamento Cômodo Outro
 EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra: Proprietário Parceiro(a) / Meiro(a) Assentado(a) Posseiro Arrendatário(a)
 Comodatário(a) Beneficiário(a) do Banco da Terra Não se aplica

Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____
 TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO: Asfalto Chão Batido Fluvial Outro
 MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO:
 Avenaria/Tijolo: Com Revestimento Sem Revestimento
 Taipa: Com Revestimento Sem Revestimento
 Outros: Madeira Aparelhada Palha Material Aproveitado Outro Material

Disponibilidade de Energia Elétrica? Sim Não
 ABASTECIMENTO DE ÁGUA: Rede Encanada até o Domicílio Poço / Nascente no Domicílio Cisterna
 Carro Pipa Outro

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO: Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial Fossa Séptica Fossa Rudimentar
 Direto para um Rio, Lago ou Mar Céu Aberto Outra Forma
 TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO: Filtração Fervura Cloração Sem Tratamento

DESTINO DO LIXO: Coletado Queimado/ Enterrado Céu Aberto Outro
ANIMAIS NO DOMICÍLIO?
 Sim Não
 QUAIS(S)? Gato Cachorro Pássaro De Criação (porco, galinha...) Outros
 Quantos: _____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]
_____	_____	/ /	¼ ½ 1 2 4 +	_____	_____
_____	_____	/ /	¼ ½ 1 2 4 +	_____	_____
_____	_____	/ /	¼ ½ 1 2 4 +	_____	_____



PREFEITURA
PACAJUS
RENOVADA E DE TODOS

e-SUS
Atenção Básica

Prefeitura Municipal de Pacajus
Secretaria da Saúde

FICHA DE VISITA DOMICILIAR

DIGITADO POR: _____

DATA: / /

CONFERIDO POR: _____

FOLHA Nº: 32

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL* _____

CBO* _____

Cód. CNES UNIDADE* _____

Cód. EQUIPE (INE)* _____

DATA: / /

Nº	TURNO	Cód. EQUIPE (INE)*																							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Nº PRONTUÁRIO																									
Nº CARTÃO SUS																									
Data de nascimento*		Dia / mês / Ano																							
Sexo*		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																							
Visita compartilhada com outro profissional																									
Cadastramento / Atualização																									
Visita Periódica																									
Busca Ativa																									
Consulta																									
Exame																									
Vacina																									
Condiçõnalidades co Boisa Família																									
Gestante																									
Puérpera																									
Recém-nascido																									
Criança																									
Pessoa com Desnutrição																									
Pessoa em reabilitação ou com deficiência																									
Pessoa com Hipertensão																									
Pessoa com Diabetes																									

Motivo da Visita* _____



IV	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Pessoa com Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoa com DPOC/Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoa com Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoa com outras Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoa com 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoa com 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sintomáticos Respiratórios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabagista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domiciliados / Acamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condições de Vulnerabilidade Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condições de vulnerabilidade do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saúde Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egresso de Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controle de Ambientes / Valores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convite Atividades Coletivas / Campanha de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientação / Prevenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 Realizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 Recusada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Destrecho *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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)

*Campo Obrigatório



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACOÍUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO PACS/PSF

REGIONAL

MÊS

ANO

PAS D
33

Microárea

Nome do Agente

PSF

Área

Nº de Fam. Cad. SIAB

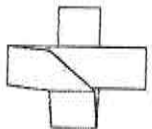
CADASTRO GERAL DE ATIVIDADE DIÁRIA DO AGENTE DE SAÚDE

ATIVIDADES E NOTIFICAÇÕES		DIA DO MÊS																															TOTAL					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						
VISITAS DE ROTINA	GESTANTES																																					
	CR. < DE 12 ANOS																																					
	T.R.O.																																					
	DIABETE																																					
	HIPERTENSÃO																																					
	TUBERCULOSE																																					
	HANSENIASE																																					
	IDOSOS																																					
	OUTRAS																																					
	RETORNO																																					
	TOTAL DE VISITAS																																					
	ENCAMINHAMENTOS																																					
	REUNIÕES (M/T)																																					
	NASCIDOS VIVOS																																					
	PESADOS AO NASCER																																					
	PESO MENOR DE 2,5KG.																																					
	ÓBITOS CRIANÇAS DE ATÉ 28 DIAS																																					
	DIARRÉIA																																					
	INF. RESPIRATÓRIA																																					
	OUTRAS CAUSAS																																					
	TOTAL																																					
	ÓBITOS DE MULHERES DE 12 A 49 ANOS																																					
	DEMAIS ÓBITOS																																					
	TOTAL DE ÓBITOS																																					

(* INCLUINDO OS ÓBITOS DE CRIANÇAS DE ATÉ 28 DIAS (4 SEMANAS COMPLETAS))

ANOTAÇÕES SOBRE ÓBITOS			
DATA	NOME	ENDEREÇO	CAUSA





SUS

Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL- SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais



CNES do Estabelecimento

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

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

--	--

MÊS ANO

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

FOLHA

--	--	--

ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0401010066	INCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES	225142 - Médico do PSF		
02	0401010031	DRENAGEM DE ABCESSO	225142 - Médico do PSF		
03	0301010021	CONSULTA C/ IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	225142 - Médico do PSF		
04	0301010021	CONSULTA C/ IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	225142 - Médico do PSF		
05	0301010013	CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TUBERCUL. (TRAT. SUPER)	225142 - Médico do PSF		
06	0301010013	CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TUBERCUL. (TRAT. SUPER)	225142 - Médico do PSF		
07	0301040028	ATENDIMEN. CLINICO P/ INDICAC., FORNECIMENTO, INSERÇÃO DE DIU	225142 - Médico do PSF		
08	0301040028	ATENDIMEN. CLINICO P/ INDICAC., FORNECIMENTO, INSERÇÃO DE DIU	225142 - Médico do PSF		
09	0214010015	GLICEMIA CAPILAR	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
10	0301100020	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAM. EM ATEN BASICA (P/ PACIENTE)	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
11	0301100101	INALAÇÃO / NEBULIZAÇÃO	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
12	0301100152	RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BÁSICAS (POR PACIENTE)	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
13	0301100187	TERAPIA DE REHIDRATAÇÃO ORAL	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
14	0401010023	CURATIVO GRAU I C / OU SI/ DEBRIDAMENTO (POR ACIDENTE)	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
15	0301100039	AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
16	0201020050	COLETA DE SANGUE P/ TRIAGEM NEONATAL (ATÉ 02 MESES)	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
17	0301050058	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	322430 - ACD		
18	0301050058	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
19	0101030010	VISTA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	515105 - ACS'S		
20	0101030010	VISTA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	322430 - ACD		

TOTAL

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

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

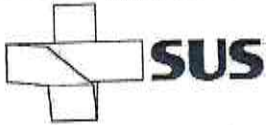
DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

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

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

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

UF

--	--

MÊS ANO

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

FOLHA

--	--	--

ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0401010066	INCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES	225142 - Médico do PSF		
02	0401010031	DRENAGEM DE ABCESSO	225142 - Médico do PSF		
03	0301010021	CONSULTA C/ IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	225142 - Médico do PSF		
04	0301010021	CONSULTA C/ IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	225142 - Médico do PSF		
05	0301010013	CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TUBERCUL. (TRAT. SUPER)	225142 - Médico do PSF		
06	0301010013	CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TUBERCUL. (TRAT. SUPER)	225142 - Médico do PSF		
07	0301040028	ATENDIMEN. CLINICO P/ INDICAC., FORNECIMENTO, INSERÇÃO DE DIU	225142 - Médico do PSF		
08	0301040028	ATENDIMEN. CLINICO P/ INDICAC., FORNECIMENTO, INSERÇÃO DE DIU	225142 - Médico do PSF		
09	0214010015	GLICEMIA CAPILAR	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
10	0301100020	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAM. EM ATEN BASICA (P/ PACIENTE)	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
11	0301100101	INALAÇÃO / NEBULIZAÇÃO	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
12	0301100152	RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BÁSICAS (POR PACIENTE)	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
13	0301100187	TERAPIA DE REHIDRATAÇÃO ORAL	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
14	0401010023	CURATIVO GRAU I C / OU S/ DEBRIDAMENTO (POR ACIDENTE)	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
15	0301100039	AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
16	0201020050	COLETA DE SANGUE P/ TRIAGEM NEONATAL (ATÉ 02 MESES)	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
17	0301050058	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	322430 - ACD		
18	0301050058	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
19	0101030010	VISTA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	515105 - ACS'S		
20	0101030010	VISTA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	322430 - ACD		

TOTAL

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

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

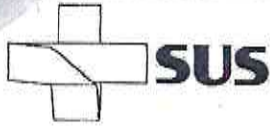
DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL- SIA/SUS Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MÊS ANO

FOLHA



ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
02	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
03	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
04	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
05	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
06	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
07	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
08	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
09	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
10	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
11	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
12	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
13	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
14	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
15	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		
16	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		
17	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		
18	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		
19	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		
20	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		

TOTAL

Grid for total values

Formalização

RESPONSÁVEL(Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento	NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
UF	MÊS ANO	FOLHA

ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
02	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
03	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
04	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
05	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
06	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
07	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
08	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
09	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
10	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
11	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
12	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
13	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
14	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
15	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		
16	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		
17	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		
18	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		
19	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		
20	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		

TOTAL

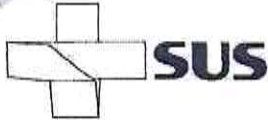
Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO	RUBRICA
DATA / /	

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO	RUBRICA
DATA / /	



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

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

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

--	--

MÊS ANO

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



ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
02	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
03	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
04	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
05	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
06	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
07	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
08	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
09	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
10	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
11	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
12	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
13	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
14	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
15	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
16	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
17	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
18	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
19	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
20	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		

TOTAL

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

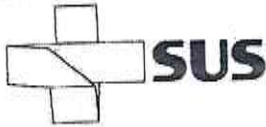
Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO	RUBRICA
DATA / /	

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO	RUBRICA
DATA / /	



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento	NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
UF	MÊS ANO	FOLHA

ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
02	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
03	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
04	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
05	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
06	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
07	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
08	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
09	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
10	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
11	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
12	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
13	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
14	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
15	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
16	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
17	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
18	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
19	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
20	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL(Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO	RUBRICA
DATA	/ /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO	RUBRICA
DATA	/ /



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MÊS ANO



ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
02	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
03	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
04	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
05	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
06	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
07	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
08	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
09	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
10	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
11	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
12	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
13	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
14	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
15	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
16	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
17	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
18	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
19	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
20	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

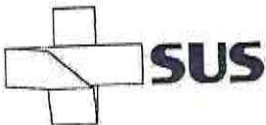
DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL- SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

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

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

--	--

MÊS ANO

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

FOLHA

--	--	--

ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
02	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
03	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
04	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
05	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
06	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
07	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
08	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
09	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
10	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
11	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
12	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
13	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
14	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
15	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
16	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
17	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
18	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
19	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
20	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		

TOTAL

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

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

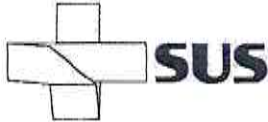
DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial - BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento: NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

UF: MÊS: ANO: FOLHA:

ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
02	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
03	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
04	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
05	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
06	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
07	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
08	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde) CARIMBO: <input type="text"/> RUBRICA: <input type="text"/> DATA: / / <input type="text"/>	GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL CARIMBO: <input type="text"/> RUBRICA: <input type="text"/> DATA: / / <input type="text"/>
---	--



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL- SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento	NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		
UF	MÊS	ANO	FOLHA

ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
02	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
03	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
04	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
05	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
06	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
07	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
08	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL(Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MÊS ANO

FOLHA

ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
02	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
03	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
04	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
05	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
06	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
07	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
08	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
09	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
10	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
11	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
12	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
13	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
14	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
15	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
16	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
17	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
18	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
19	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
20	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

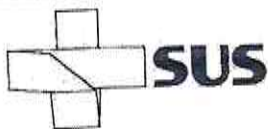
DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /



Sistema
Único
de Saúde.

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

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

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

--	--

MÊS ANO

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

FOLHA

--	--

ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
02	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
03	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
04	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
05	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
06	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
07	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
08	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
09	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
10	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
11	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
12	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
13	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
14	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
15	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
16	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
17	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
18	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
19	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
20	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

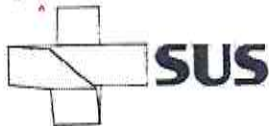
DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

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

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

--	--

MÊS ANO

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



ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010021	CONSULTA C/ IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	223585 - Enfermeira do PSF		
02	0301010021	CONSULTA C/ IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	223585 - Enfermeira do PSF		
03	0301010013	CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TUBERCULOSE (TRAT. SUPER)	223585 - Enfermeira do PSF		
04	0301010013	CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TUBERCULOSE (TRAT. SUPER)	223585 - Enfermeira do PSF		
05	0101010010	ATIVIDADE EDUCAT./ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATEN. BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
06	0101010010	ATIVIDADE EDUCAT./ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
07	0101010010	ATIVIDADE EDUCAT./ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATEN. BÁSICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
08	0101010010	ATIVIDADE EDUCAT./ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATEN. BÁSICA	615105 - ACS'S		
09	0101010010	ATIVIDADE EDUCAT./ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATEN. BÁSICA	322250 - Aux. Enfem. do PSF		
10	0201020033	COLETA DE MATERIAL P/ EXAME CITOPATOL. DE COLO UTERINO	223585 - Enfermeira do PSF		
11	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
12	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
13	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
14	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
15	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
16	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
17	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
18	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
19	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
20	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		

TOTAL

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

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

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

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

--	--

MÊS ANO

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

FOLHA

--	--	--	--

ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010021	CONSULTA C/ IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	223565 - Enfermeira do PSF		
02	0301010021	CONSULTA C/ IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	223565 - Enfermeira do PSF		
03	0301010013	CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TUBERCULOSE (TRAT. SUPER)	223565 - Enfermeira do PSF		
04	0301010013	CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TUBERCULOSE (TRAT. SUPER)	223565 - Enfermeira do PSF		
05	0101010010	ATIVIDADE EDUCAT./ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATEN. BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
06	0101010010	ATIVIDADE EDUCAT./ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
07	0101010010	ATIVIDADE EDUCAT./ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATEN. BÁSICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
08	0101010010	ATIVIDADE EDUCAT./ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATEN. BÁSICA	515105 - ACS'S		
09	0101010010	ATIVIDADE EDUCAT./ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATEN. BÁSICA	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
10	0201020033	COLETA DE MATERIAL P/ EXAME CITOPATOL. DE COLO UTERINO	223565 - Enfermeira do PSF		
11	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
12	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
13	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
14	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
15	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
16	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
17	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
18	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
19	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
20	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		

TOTAL

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

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

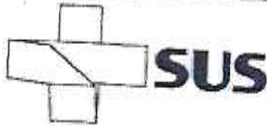
DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

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

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

--	--

MÊS ANO

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

FOLHA

--	--	--

ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
02	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
03	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
04	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
05	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
06	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
07	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
08	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
09	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
10	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
11	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
12	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
13	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
14	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
15	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
16	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
17	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
18	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
19	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
20	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

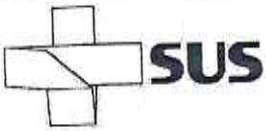
DATA

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

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

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

--	--

MÊS ANO

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

FOLHA

--	--	--	--

ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
02	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
03	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
04	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
05	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
06	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
07	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
08	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
09	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
10	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
11	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
12	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
13	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
14	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
15	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
16	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
17	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
18	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
19	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
20	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		

TOTAL

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

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /

Unidade

Nome

Endereço

Como quer ser chamada
Cidade

Idade <15 anos 15-35 anos >35 anos

Estado civil/união Casada Solteira Estável Outro

Instrução Nenhuma Fundamental Médio Superior

Peso anterior Gravidez Risco habitual Alto risco

Altura cm Gravidez planejada SIM NÃO

DUM / /

DPP / /

DPP eco / /

Hospitalização na gravidez NÃO SIM

Dias

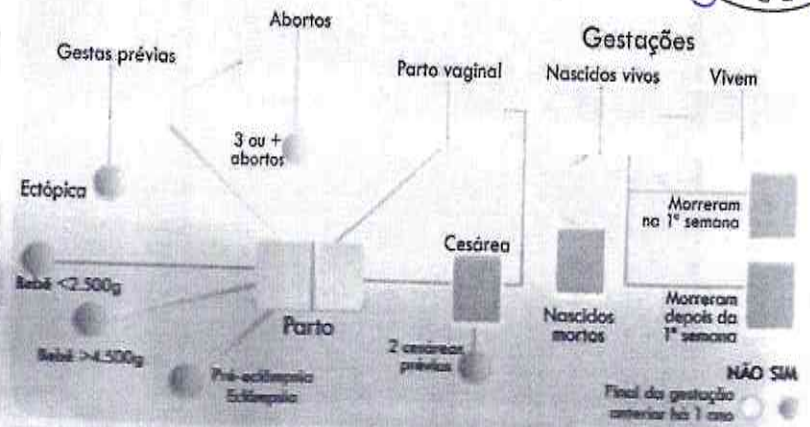
Transferida NÃO SIM

Local Data

Tipo de gravidez
 Única
 Gemelar
 Tripla ou mais
 Ignorada

Grupo Rh + Sensibilizada NÃO Rh - SIM

Antecedentes familiares
 Diabetes
 Hipertensão arterial
 Gemelar
 Outras



Antecedentes clínicos

NÃO SIM

Diabetes Infecção urinária Infertilidade Dific. amament.

Cardiopatia Tromboembolismo Hipertensão arterial Outras

Cir. pélv. uterina Cirurgia Outras

Gestação atual

NÃO SIM

Fumo (nº de cigarros) Álcool Outras drogas Violência doméstica HIV/Aids Sífilis Toxoplasmose Infecção urinária

Anemia Inc. Istmocervical Ameaça de parto premat. Isoimunização Rh Oligo/polidrâmnio Ruptura premat. de membrana CIUR Pós-datismo Febre

Hipertensão arterial Pré-eclâmpsia/eclâmpsia Cardiopatia Diabetes gestacional Uso de Insulina Hemorragia 1º trimestre Hemorragia 2º trimestre Hemorragia 3º trimestre Exantema/rash cutâneo

Exames

Exame	Data	Resultado
ABO-RH		
Glicemia de Jejum		
Teste Oral Tolerân. Glic.		
Sífilis (teste rápido)		
VDRL		
HIV/Anti-HIV (teste rápido)		
Hepatite B-HBsAg		
Toxoplasmose		
Hemog. Hematócrito		
Urina-EAS		
Urina-Cultura		
Coombs Indireto		

Vacina Influenza

Data / /

Vacina dTpa

Data / /

Data Resultado

Vacina antitetânica (dT)

Sem informação de imunização

Imunizada há menos de 5 anos

Imunizada há mais de 5 anos

1ª dose / /

2ª dose / /

3ª dose / /

Reforço / /

Vacina Hepatite B

Imunizada

1ª dose / /

2ª dose (1 mês após 1ª dose) / /

3ª dose (6 meses após 1ª dose) / /

Ultrassonografia

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros
/ /						
/ /						
/ /						

Malária (Somente para gestantes da Região Amazônica)

Neg. Pos. / / / / / / / / / /

Sulfato ferroso

1ª dose / 2ª dose / 3ª dose / 4ª dose / 5ª dose / 6ª dose / 7ª dose / 8ª dose / 9ª dose

Ácido fólico

1ª dose / 2ª dose / 3ª dose / 4ª dose / 5ª dose / 6ª dose / 7ª dose / 8ª dose / 9ª dose

Eletroforese de Hemoglobina

Padrão AA

Heterozigose AS AC

Homozigose SS SC

Tratamento de Sífilis

1ª dose / /

2ª dose / /

3ª dose / /

Curva de altura uterina / idade gestacional

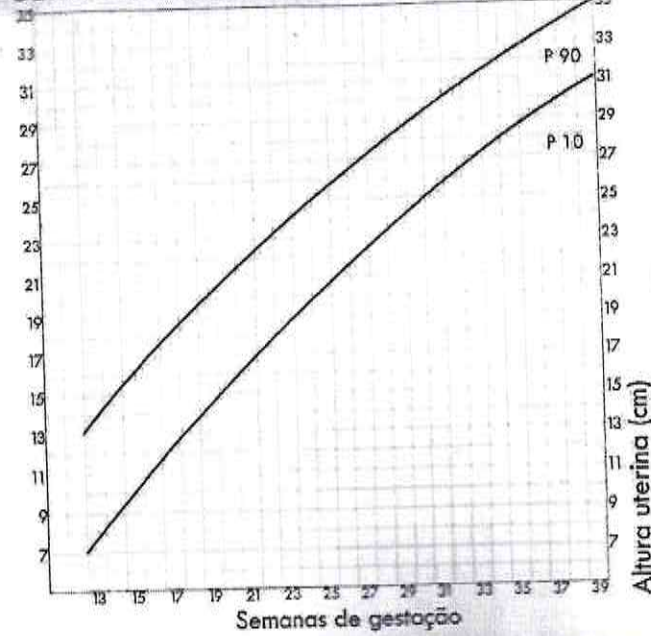
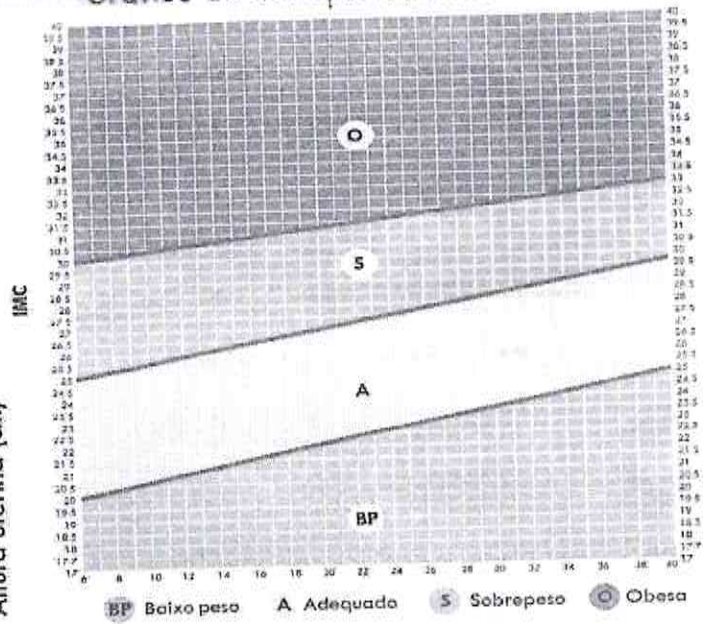


Gráfico de acompanhamento nutricional



	1º	2º	3º	4º	5º	6º
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

Participou de atividades educativas
 SIM NÃO

Data

Data

Data

Data

Parto e nascimento

Idade gest. Semanas

Início trab. parto: Espontâneo, Induzido

Terminação: Espontâneo, Césárea , Fórceps, Outros

Parto: Episiotomia , Laceração , Descolt. espont. , Placenta sang.

Medicação no parto: Anestesia local , Anestesia reg. , Anestesia geral , Analgésico

Tranq. , Ocitocina , Antibiótico , Outra , Nenhuma

Recém-nascido

Sexo: Fem., Masc.

VDLR: Neg., Posit.

APGAR 1º min. , 5º min.

Reanimação: NÃO , SIM

Ex. físico imediato: Normal, Anormal

Peso: Menor 2.500g , Estatura: Pequeno, Grande

Peso/IG: Adequado , Grande

Idade exom. fis.: Menor de 37

Alta materna: Sadla, Transf.

Alta recém-nascido: Sadio , Com patol.

Óbito:

Gravidez:

Parto:

Puerpério:

Patologias R.N.: Nenhuma , M. hial. , Apneias , Infecção , S. asp. , Hemorr. , Neurol. , Hiperb. , A. cong. , Outra SDR



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



30

PROGRAMAÇÃO MENSAL

EQUIPE _____ MÊS/ANO _____ RESPONSÁVEL _____

Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____
Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____
Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____
Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____
Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____
Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____
Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____
Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____	Méd. _____ Enf. _____	Manhã _____ Tarde _____

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
 284
 página
 10

