



71



## CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL

### CARTÃO PARA MARCAÇÃO DE CONSULTA

Paciente: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

DIA	HORA	RETORNO
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

**CENTRO DE ESPECIALIDADES**  
Rua Francisco Lopes Nº114 – Centro – Pacajus – Ceará  
POR TRÁS DA SECRETARIA DE SAÚDE  
CEP: 62.870-000 Fone:(85) 3348.0138



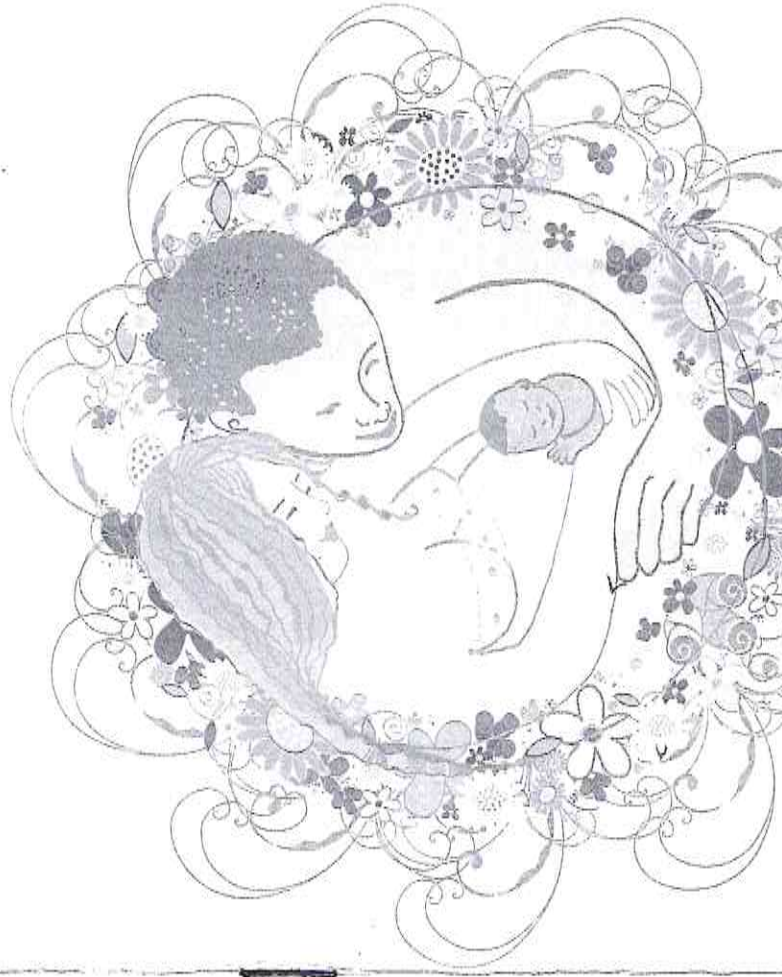
72

MINISTÉRIO DA SAÚDE

- Samu: 192 – Ouvidoria Geral do SUS: 136 • Polícia Militar: 190
- Central de Atendimento à Mulher: 180 • Corpo de Bombeiros: 193
- Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes: 100
- Disque Parar de Fumar: 0800 61 1997

Sites úteis:

- [www.saude.gov.br/mulher](http://www.saude.gov.br/mulher)
- [www.saude.gov.br/redecegonha](http://www.saude.gov.br/redecegonha)
- [www.saude.gov.br/bvsb](http://www.saude.gov.br/bvsb)
- [www.presidencia.gov.br/spmulheres](http://www.presidencia.gov.br/spmulheres)
- [www.saude.gov.br/ouvidoria](http://www.saude.gov.br/ouvidoria)
- <http://www.redehumanizasus.net/>



# Caderneta da Gestante

COMISSÃO DE LICITAÇÃO - P.M. DE PACAEMBU  
 333  
 Página  
 136

COMISSÃO DE LICITAÇÃO - P.M. DE PACAEMBU  
 131  
 BILHETE Nº

3ª edição  
 Brasília – DF  
 2016

DISQUE SAÚDE

# 136

Ouvidoria Geral do SUS  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)



Ministério da  
 Saúde

Governo  
 Federal





73



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

**REQUISICÃO DE EXAMES**

PACIENTE: \_\_\_\_\_

1

2

3



NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

NÚMERO

UF  
CE 85082371 -3

B-1

IDENTIFICAÇÃO DE EMITENTE

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
CNPJ: 11.960.518/0001-55  
Rua Tenente Joaquim Nogueira de Queiroz, 138  
Centro - Pacajus - Ceará

74  
Medicação ou Substância

Quantidade e Forma Farmaceutica

Dose por Unidade Posologica

Posologia

De \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nome do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Ident. N°: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_







**PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS**  
 DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
**LAUDO DE INSPEÇÃO**

Nº - ~~7101~~ 001

SÉRIE 75

ESTABELECIMENTO	NOME DE FANTASIA DO ESTABELECIMENTO		
	RAZÃO SOCIAL DO ESTABELECIMENTO		
	ENDEREÇO	BAIRRO	
	PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL		
	RAMO DE ATIVIDADE	INSCRIÇÃO NO CNPJ OU CPF	ASSENTAMENTO SANITÁRIO N°



Ao(s) \_\_\_\_\_ dia(s) do mês de \_\_\_\_\_  
do ano de 20\_\_\_\_, as \_\_\_\_\_ horas, no exercício da **FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA**  
verificamos que o estabelecimento acima identificado, para fins de \_\_\_\_\_  
conforme requerimento registrado sob, nº \_\_\_\_\_  
e constatamos o que resumimos a seguir, discriminando na ficha, de inspeção em anexo

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

CIÊNCIA	Recebi a 2ª via em _____ / _____ / 20____
	_____ Interessado

_____ de _____ de 20____
_____ Inspetror
_____ Inspetor



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS**  
 DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
**LAUDO DE INSPEÇÃO**

Nº 7101004  
 SÉRIE 75

ESTABELECIMENTO

NOME DE FANTASIA DO ESTABELECIMENTO		
RAZÃO SOCIAL DO ESTABELECIMENTO		
ENDEREÇO	BAIRRO	
PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL		
RAMO DE ATIVIDADE	INSCRIÇÃO NO CNPJ OU CPF	ASSENTAMENTO SANITÁRIO Nº

Ao(s) \_\_\_\_\_ dia(s) do mês de \_\_\_\_\_  
 do ano de 20\_\_\_\_, as \_\_\_\_\_ horas, no exercício da **FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA**  
 verificamos que o estabelecimento acima identificado, para fins de \_\_\_\_\_  
 conforme requerimento registrado sob, nº \_\_\_\_\_  
 e constatamos o que resumimos a seguir, discriminando na ficha, de inspeção em anexo

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

CIÊNCIA	Recebi a 2ª via em _____ / _____ / 20____
	_____ Interessado

de _____	de 20____
_____ Inspetror	
_____ Inspetor	



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS**  
 DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
**LAUDO DE INSPEÇÃO**

Nº 7101-001  
 SÉRIE 75



ESTABELECIMENTO

NOME DE FANTASIA DO ESTABELECIMENTO		
RAZÃO SOCIAL DO ESTABELECIMENTO		
ENDEREÇO	BAIRRO	
PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL		
RAMO DE ATIVIDADE	INSCRIÇÃO NO CNPJ OU CPF	ASSENTAMENTO SANITÁRIO N°

Ao(s) \_\_\_\_\_ dia(s) do mês de \_\_\_\_\_  
 do ano de 20\_\_\_\_, as \_\_\_\_\_ horas, no exercício da **FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA**  
 verificamos que o estabelecimento acima identificado, para fins de \_\_\_\_\_  
 conforme requerimento registrado sob, nº \_\_\_\_\_  
 e constatamos o que resumimos a seguir, discriminando na ficha, de inspeção em anexo

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

CIÊNCIA	Recebi a 2ª via em ____ / ____ / 20____
	_____ Interessado

____ de ____ de 20____
_____ Inspetror
_____ Inspetor

10.12  
10.12  
10.12

10

10



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

Nº

Nº

0002

SÉRIE

- TERMO DE
- APREENSÃO
  - INTERDIÇÃO
  - DESINTERDIÇÃO



ESTABELECIMENTO

FIRMA OU RAZÃO SOCIAL:

NOME FANTASIA:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL

RAMO DE ATIVIDADE:

INSCRIÇÃO NO CNPJ OU CPF:

REGISTRO SANITÁRIO:

Ao(s) \_\_\_\_\_ dia(s) do mês de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_  
 às \_\_\_\_\_ horas, no exercício da FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA, perante o responsável pelo estabelecimento  
 acima citado e em face do que dispõe(m) o(s) artigo(s) \_\_\_\_\_

(apreendi, interditei, desinterditei) \_\_\_\_\_, o que segue abaixo especificado:

em decorrência de: \_\_\_\_\_

Para constar, lavrei(amos) o presente Termo em 03 (três) vias de igual teor e para um único efeito, que  
 vai assinado por mim, pelas testemunhas abaixo e polo(a) responsável.

CIÊNCIA

Recebi a 2ª via em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Detentor(a)

Testemunha

\_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

AUTORIDADE FISCALIZADORA

**CIÊNCIA**

Recebi a 2ª via em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Detentor(a) \_\_\_\_\_  
 Testemunha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 AUTORIDADE FISCALIZADORA

Para constar, lavrei(amos) o presente Termo em 03 (três) vias de igual teor e para um único efeito, que vai assinado por mim, pelas testemunhas abaixo e polo(a) responsável.

em decorrência de:

(apreensão, interdição, desinterdição), o que segue abaixo especificado:

Ao(s) \_\_\_\_\_ dia(s) do mês de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_  
 às \_\_\_\_\_ horas, no exercício da FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA, perante o responsável pelo estabelecimento  
 acima citado e em face do que dispõe(m) o(s) artigo(s) \_\_\_\_\_

**ESTABELECIMENTO**

RAMO DE ATIVIDADE:

PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL

ENDEREÇO:

BAIRRO:

NOME FANTASIA:

FIRMA OU RAZÃO SOCIAL:

- TERMO DE  APREENSÃO  INTERDIÇÃO  DESINTERDIÇÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

Nº \_\_\_\_\_  
 SÉRIE \_\_\_\_\_

0002



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

Nº

0002

0002

SÉRIE

TERMO DE  APREENSÃO  
 INTERDIÇÃO  
 DESINTERDIÇÃO

ESTABELECIMENTO

FIRMA OU RAZÃO SOCIAL:

NOME FANTASIA:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL

RAMO DE ATIVIDADE:

INSCRIÇÃO NO CNPJ OU CPF:

REGISTRO SANITÁRIO:

Ao(s) \_\_\_\_\_ dia(s) do mês de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_  
 às \_\_\_\_\_ horas, no exercício da FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA, perante o responsável pelo estabelecimento  
 acima citado e em face do que dispões(m) o(s) artigo(s) \_\_\_\_\_

(apreendi, interditei, desinterditei) \_\_\_\_\_, o que segue abaixo especificado:

em decorrência de: \_\_\_\_\_

Para constar, lavrei(amos) o presente Termo em 03 (três) vias de igual teor e para um único efeito, que  
 vai assinado por mim, pelas testemunhas abaixo e polo(a) responsável.

CIÊNCIA

Recebi a 2ª via em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Detentor(a)

Testemunha

\_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

AUTORIDADE FISCALIZADORA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

SÉRIE

Nº

- APREENSÃO
- INTERDIÇÃO
- DESINTERDIÇÃO

**ESTABELECIMENTO**

FIRMA OU RAZÃO SOCIAL:	
NOME FANTASIA:	
ENDEREÇO:	BAIRRO:
PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL	
RAMO DE ATIVIDADE:	INSCRIÇÃO NO CNPJ OU CPF:
REGISTRO SANITÁRIO:	

Ao(s) \_\_\_\_\_ dia(s) do mês de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_, horas, no exercício da FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA, perante o responsável pelo estabelecimento acima citado e em face do que dispões(m) o(s) artigo(s) \_\_\_\_\_

(apreendi, interditi, desinterditi), o que segue abaixo especificado: \_\_\_\_\_

em decorrência de: \_\_\_\_\_

Para constar, lavrei(amos) o presente Termo em 03 (três) vias de igual teor e para um único efeito, que vai assinado por mim, pelas testemunhas abaixo e pelo(a) responsável.

**CIÊNCIA**

Recebi a 2ª via em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Detentor(a) \_\_\_\_\_

Testemunha \_\_\_\_\_

AUTORIDADE FISCALIZADORA \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



FICHA GAL

CNES:\*

77



**1** Nº Requisição: **2** Unidade de Saúde (ou outra fonte):

**3** Município Atendimento: **4** Código BGE:\*

**5** Nome do Profissional de Saúde:\*

**6** Registro Conselho (Matrícula):\* **7** Assinatura:

**8** Data de Solicitação:\*

**9** Data dos Primeiros Sintomas: **10** Caso: 1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 4 - Surtido 5 - Óbito  
6 - Caso grave 7 - Surtido 8 - Diagnóstico 9 - Ignorado

**11** Tratamento: Quantidade: 1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado **12** Etapa de Tratamento: 1 - Pré-tratamento 2 - Tratamento 3 - Retratamento 4 - Avaliação de Resistência 9 - Ignorado **13** Paciente Tomou Vacina? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado **14** Data da Última Dose:

**15** Vacina? **16** Finalidade: 1 - Campanha 2 - Inquérito 3 - Investigação 4 - Programa 5 - Protocolo 6 - Projeto 9 - Ignorado Especifique:

**17** Nome do Paciente:\*

**18** Data de Nascimento:\*

**19** Idade: Anos 2 - Dias 3 - Meses 4 - Anos **20** Sexo: M - Masculino F - Feminino 9 - Ignorado **21** Idade Gestacional: 1 - Não 2 - Não Informado 3 - Não Informado 4 - Ignorado **22** Nacionalidade:

**23** Raça/Cor: 1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação **24** Etnia: **25** Nome da Mãe:

**26** Documento 1: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNIS Número 5 - CNASO 6 - PRONT 7 - INFOPEN **27** Documento 2: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNIS Número 5 - CNASO 6 - PRONT 7 - INFOPEN

**28** Logradouro: (Rua, Avenida...)

**29** Complemento do Logradouro: **30** Ponto de Referência: **31** Bairro:

**32** Município Residência:\*

**33** CEP: **34** ODD / Telefone: **35** Zona: 1 - Urbana 2 - Periurbana 3 - Rural 4 - Silvestre 9 - Ignorada **36** País (Se reside fora do Brasil):\*

37	38	39	40	41	42	43	44
Exame Solicitado:*	Material Biológico:*	Localização:	Amostra: (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, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100)	Data da coleta:*	Hora da coleta:	Usou medicamento antes da data da coleta?	
						1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique: Data início do uso:	
						1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique: Data início do uso:	
						1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique: Data início do uso:	
						1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique: Data início do uso:	
						1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique: Data início do uso:	

**45** Agravo/Doença: **46** CID 10:\*

**47** Nº Notificação do SINAN:\*

**48** Data de Notificação:\*

**49** Unidade Saúde Notificante: **50** CNES:\*

**51** Município Notificação: **52** Código BGE:\*

**53** UF:

**54** Dados Clínicos/Laboratoriais:

Ordem	Descrição dos Campos
01	Número da requisição gerado pelo sistema após o cadastro. (OBRIGATÓRIO). Caso ainda não tenha sido cadastrada (NÃO OBRIGATÓRIO).
02	Unidade de Saúde ou outra fonte que solicita exame (s) da rede de laboratórios: Nome completo e sem abreviaturas.
03	Número do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES (OBRIGATÓRIO).
04	Nome do município de atendimento da Unidade de Saúde ou de outra fonte responsável pela solicitação do exame(s).
05	Código do IBGE correspondente. (OBRIGATÓRIO).
06	Sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).
07	Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s) sem abreviaturas. (OBRIGATÓRIO).
08	Abreviatura/número do conselho ou matrícula do profissional de saúde (OBRIGATÓRIO). Ex: CRM/RJ 1234.
09	Assinatura e carimbo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s).
10	Data da solicitação de exame (s) (OBRIGATÓRIO). No formato dd/mm/aaaa.
11	Data dos primeiros sintomas - data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato dd/mm/aaaa.
12	Classificação do tipo de caso: 1 - Suspeito (diagnóstico para definição de doença/agravo); 2 - Comunicante (paciente teve contato familiar, sexual com um caso); 3 - Acompanhamento (paciente em tratamento de doença/agravo); 4 - Controle (controle de tratamento de doença/agravo finalizado); 5 - Óbito (diagnóstico para esclarecimento de causa mortis); 6 - Caso grave (paciente em estado grave, internado ou não); 7 - Surto (esclarecimento de ocorrência de doença/agravo em área restrita); 8 - Diagnóstico (paciente para confirmação da doença/agravo) e 9 - Ignorado.
13	Tratamento - informar o tempo de tratamento que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s). (Exemplo: 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10", e na segunda lacuna o item correspondente à opção "1", que significa dia.
14	Etapa de tratamento - corresponde à etapa em que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s), podendo ser: 1 - Protatamento (sem tratamento); 2 - Tratamento (sob medicação); 3 - Retratamento (iniciado novamente o tratamento ou troca de esquema de tratamento); 4 - Avaliação de resistência (paciente com resultados laboratoriais sugestivos a resistência) e 9 - Ignorado.
15	O paciente tomou vacina? - O campo deve ser preenchido, após verificar no cartão de vacina, se o paciente já foi vacinado contra o agravo/doença suspeito ou confirmado conforme solicitação de exame (s). 1 - Sim; 2 - Não e 9 - Ignorado.
16 e 17	Data da última dose da vacina contra agravo/doença suspeito ou confirmada que o paciente tomou no formato dd/mm/aaaa. Especifique o tipo da vacina.
18	Finalidade da requisição: 1 - Campanha (evento investigatório com período definido para doença/agravo específico); 2 - Inquérito (investigação contínua ao longo do tempo para doença/agravo específico); 3 - Investigação (aplicável a doenças/agraves em período e área definidos, em eventos inesperados ou programados, como surtos ou sentinelas); 4 - Programa (eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais); 5 - Protocolo (investigação diagnóstica definida por instituição ou esfera governamental, para definição de perfil diferencial ligado à doença/agravo principal); 6 - Projeto (investigação de doença/agravo ligado a pesquisa) e 9 - Ignorado. Especificar o nome da finalidade (Nível Nacional ou Estadual).
19	Paciente: nome completo e sem abreviatura. (OBRIGATÓRIO).
20	Data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa.
21	Idade do paciente. Este campo deve ser preenchido somente se a data de nascimento for desconhecida. (Ex. 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10" e na segunda lacuna o item correspondente à opção "2", que significa dia). 1 - Hora(s); 2 - Dia(s); 3 - Mês(s) e 4 - Anos. (OBRIGATÓRIO).
22	Sexo do paciente. F - Feminino; M - Masculino e I - Ignorado. (OBRIGATÓRIO)
23	Idade Gestacional. Sendo o paciente do sexo feminino, informar o período gestacional em que a paciente se encontra no momento da ocorrência do agravo/doença. Sendo o paciente do sexo masculino, informar a opção 6 - não se aplica.
24	Nacionalidade: País de origem do paciente.
25	Raça/Cor: 1 - Branca; 2 - Preta; 3 - Parda; 4 - Amarela; 5 - Indígena e 99 - Sem informação.
26	Etnia: Caso o campo 25 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia.
27	Nome da mãe: Informar o nome completo e sem abreviações.
28 e 29	Documento: Este campo deve ser preenchido informando na primeira lacuna o tipo de documento e em seguida seu número. (Ex. CPF: 777.888.999.00 => deve ser informado o item correspondente à opção "2", que significa CPF e número 655.555.555.55). 1 - RG - Carteira de Identidade; 2 - CPF - Cadastro de Pessoa Física; 3 - CNH - Carteira Nacional de Habilitação; 4 - CNS - Cartão Nacional de Saúde; 5 - CNASC - Certidão de Nascimento; 6 - PRONT - Prontuário e 7 - INFOPEN - Sistema de Informações Penitenciárias.
30	Logradouro (rua, avenida...) do paciente.
31	Número (apartamento, casa) do logradouro do paciente.
32	Dados complementares do logradouro do paciente.
33	Ponto de referência para auxiliar na localização do logradouro do paciente.
34	Bairro do logradouro do paciente.
35	Município do logradouro do paciente.
36	Código do IBGE correspondente (OBRIGATÓRIO).
37	Sigla da Unidade da Federação do logradouro do paciente.
38	CEP - Código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) do paciente.
39	Código da localidade e o telefone para contato do paciente. (DDD e número do telefone)
40	Classificação da zona do logradouro do paciente. 1 - Urbana; 2 - Periurbana; 3 - Rural; 4 - Silvestre e 9 - Ignorado.
41	País do logradouro do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. (OBRIGATÓRIO).
42	Informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO) pelo profissional de saúde.
43	Materiais Biológicos (amostra enviada). Informar o(s) tipo(s) do material (is) biológico(s) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO).
44	Informar caso o material biológico requeira localização, a parte do corpo de onde a amostra foi coletada. Ex. Abdômen, Braço direito, ...
45	Informar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. 1ª - 1ª amostra; 2ª - 2ª amostra; nª - nª amostra e U - Única (OBRIGATÓRIO).
46	Materiais Clínicos em que a amostra foi enviada: 1 - IN - Amostra In Natura; 2 - IS - Isolado Bacteriano; 3 - LM - Lâmina; 4 - MTB - Meio de Transporte Bacteriano; 5 - MTV - Meio Transporte Viral; 6 - FF - Fixado em Formal; 7 - FA - Fixado em Álcool; 8 - FO - Fixado em Outros; 9 - BP - Bloco de Parafina e 10 - PF - Em Papel de Filtro.
47	Data da Coleta. Informar a data em que a(s) amostra(s) foi coletada(s) (OBRIGATÓRIO). No formato dd/mm/aaaa
48	Hora da Coleta. Informar a hora em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato hh:mm Ex. 12h 54min
49	Informar se o paciente usou medicamento antes da data de coleta. 1 - Sim; 2 - Não e 9 - Ignorado Caso a informação seja 1 - Sim, Especificar e a data de início do uso do medicamento.
50	Informar o nome do agravo/doença conforme ficha de investigação do SINAN (PREENCHIMENTO APENAS PARA CASOS NOTIFICADOS).
51	Informar o código correspondente estabelecido pelo SINAN do CID 10, conforme descrito na ficha de investigação do SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
52	Preencher com o número da notificação atribuído pela unidade de saúde ou outra fonte conforme descrito na ficha de investigação do SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
53	Informar a data da notificação conforme descrito na ficha de notificação SINAN no formato dd/mm/aaaa (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
54	Nome completo da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação.
55	Informar o código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE SOLICITANTE).
56	Nome completo do município onde está localizada a unidade de saúde ou outra fonte notificadora que realizou a notificação.
57	Código do IBGE (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO).
58	Sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação no SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE DE FEDERAÇÃO).



78



**EPIDEMIOLOGIA**  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS  
Secretaria Municipal de Saúde,  
Vigilância em Saúde.



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
Secretaria da Saúde

### LAUDO

Nº do registro: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F Data do nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI - HIV

AMOSTRA: Sangue total

#### TESTE 1:

Nome do produto:

Método: Imunocromatografia

Resultado do teste: AMOSTRA \_\_\_\_\_ para o HIV

#### TESTE 2:

Nome do produto:

Método: Imunocromatografia

Resultado do teste: AMOSTRA \_\_\_\_\_ para o HIV

IMPORTANTE:

### INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO

AMOSTRA \_\_\_\_\_ para o HIV

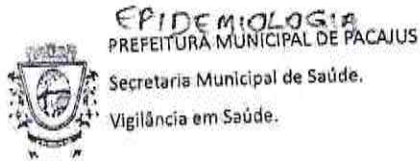
Exame realizado em conformidade com a Portaria SVS/MS Nº 151/2009.  
Amostra com resultado reagente no Teste Rápido 1 ( TR1 ) deverá ser  
submetida ao Teste Rápido 2 (TR2) para que o diagnóstico seja definido.

Responsável Técnico: \_\_\_\_\_





79



**EPIDEMIOLOGIA**  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS  
Secretaria Municipal de Saúde,  
Vigilância em Saúde.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
Secretaria de Saúde

### LAUDO

Nº do registro: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F Data do nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS SÍFILIS

AMOSTRA: Sangue total

TESTE:

Nome do produto:

Método: Imunocromatografia

Resultado do teste: AMOSTRA \_\_\_\_\_ para o Sífilis

### INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO

AMOSTRA \_\_\_\_\_ para o Sífilis

IMPORTANTE:

1. O teste rápido utilizado é um teste treponêmico.
2. A situação clínica e epidemiológica do paciente deverá ser observada.  
Em caso de amostra não reagente para sífilis, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta dessa amostra e submetida ao teste.

Responsável Técnico: \_\_\_\_\_



**ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS**

**CASO CONFIRMADO:** Paciente com evidências clínicas de envenenamento, específicas para cada tipo de animal, independentemente do animal causador do acidente ter sido identificado ou não.  
Não há necessidade de preenchimento da ficha para casos suspeitos.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	<b>ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS</b>	3 Data da Notificação
Dados Identificatórios	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
Dados de Referência	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
	14 Escolaridade	13 Raça/Cor	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 CEP
Dados de Localização	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)

**Dados Complementares do Caso**

Dados de Ocorrência	31 Data da Investigação	32 Ocupação	33 Data do Acidente
	34 UF	35 Município de Ocorrência do Acidente	36 Localidade de Ocorrência do Acidente
	37 Zona de Ocorrência	38 Tempo Decorrido Picada/Atendimento	
Dados Clínicos	39 Local da Picada	40 Manifestações Locais	
	41 Se Manifestações Locais Sim, especificar:	42 Manifestações Sistêmicas	
Dados do Acidente	43 Se Manifestações Sistêmicas Sim, especificar:	44 Tempo de Coagulação	
	45 Tipo de Acidente	46 Serpente - Tipo de Acidente	
	47 Aranha - Tipo de Acidente	48 Lagarta - Tipo de Acidente	

49 Classificação do Caso  1 - Leve 2 - Moderado 3 - Grave 9 - Ignorado  50 Soroterapia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

51 Se Soroterapia Sim, especificar número de ampolas de soro:

Antibotrópico (SAB)	Anticrotálico (SAC)	Antiaracnídico (SAAr)
Antibotrópico-laquético (SABL)	Antielapitíico (SAE)	Antiloxoscélico (SALox)
Antibotrópico-crotálico (SABC)	Antiescorpiónico (SAEs)	Antilonômico (SALon)

52 Complicações Locais  1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

53 Se Complicações Locais Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

<input type="checkbox"/> Infecção Secundária	<input type="checkbox"/> Necrose Extensa	<input type="checkbox"/> Síndrome Compartimental	<input type="checkbox"/> Déficit Funcional	<input type="checkbox"/> Amputação
--	--	--	--	------------------------------------

54 Complicações Sistêmicas  1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

55 Se Complicações Sistêmicas Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

<input type="checkbox"/> Insuficiência Renal	<input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória / Edema Pulmonar Agudo	<input type="checkbox"/> Sepsicemia	<input type="checkbox"/> Choque
--	--	-------------------------------------	---------------------------------

56 Acidente Relacionado ao Trabalho  1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

57 Evolução do Caso  1 - Cura 2 - Óbito por acidentes por animais peçonhentos 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

58 Data do Óbito \_\_\_\_\_

59 Data do Encerramento \_\_\_\_\_

Acidentes com animais peçonhentos: manifestações clínicas, classificação e soroterapia				
Tipo	Manifestações Clínicas	Tipo Soro	Nº ampolas	
OFIDISMO	<b>Botrópico</b> <i>Jararaca jararacuçu unutu caieça</i>	SAB	2 - 4	
	Leve: dor, edema local e equimose discreto		4 - 8	
	Moderado: dor, edema e equimose evidentes, manifestações hemorrágicas discretas		12	
	<b>Crotálico</b> <i>cascavel boicininga</i>	Grave: dor e edema intenso e extenso, bolhas, hemorragia intensa, oligoanúria, hipotensão	SAC	5
		Leve: ptose palpebral, turvação visual discretos de aparecimento tardio, sem alteração da cor da urina, mialgia discreta ou ausente		10
		Moderado: ptose palpebral, turvação visual discretos de início precoce, mialgia discreta, urina escura		20
<b>Laquético</b> <i>surucuru pico-de-faca</i>	Grave: ptose palpebral, turvação visual evidentes e intensos, mialgia intensa e generalizada, urina escura, oligúria ou anúria	SABL	10	
	Moderado: dor, edema, bolhas e hemorragia discreta		20	
<b>Elapídico</b> <i>coral verdadeira</i>	Grave: dor ou parestesia discreta, ptose palpebral, turvação visual	SAEL	10	
ESCORPIONISMO	Leve: dor, eritema e parestesia local	SAEsc ou SAA	—	
	Moderado: sudorese, náuseas, vômitos ocasionais, taquicardia, agitação e hipertensão arterial leve		2 - 3	
	Grave: vômitos profusos e incoercíveis, sudorese profusa, prostração, bradicardia, edema pulmonar agudo e choque		4 - 6	
ARANISMO	Leve: lesão incaracterística sem aranha identificada	SAA ou SALox	—	
	Moderado: lesão sugestiva com equimose, palidez, eritema e edema endurecido local, cefaléia, febre, exantema		5	
	Grave: lesão característica, hemólise intravascular		10	
<b>Foneutrismo</b> <i>aranha-armadeira aranha-da-banana</i>	Leve: dor local	SAA	—	
	Moderado: sudorese ocasional, vômitos ocasionais, agitação, hipertensão arterial		2 - 4	
	Grave: sudorese profusa, vômitos frequentes, priapismo, edema pulmonar agudo, hipertensão arterial		5 - 10	
LONOMIA	Leve: dor, eritema, adenomegalia regional, coagulação normal, sem hemorragia	SALon	—	
	Moderado: alteração na coagulação, hemorragia em pele e/ou mucosas		5	
	Grave: alteração na coagulação, hemorragia em vísceras, insuficiência renal		10	

Registrar em complementares e observações

Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (exc. outros dados clínicos, dados laboratoriais, laudos de outros exames e necropsia, etc.)

Município/Unidade de Saúde \_\_\_\_\_ Cód. da Unid. de Saúde \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

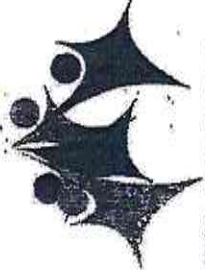
Animais Peçonhentos Sinan-Net SVS 19/01/2006







82



CAPS - Centro de Atenção  
Psicossocial de Pacajus

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS**  
**Rua: Tenente Mário Teles - 306, Croatá II - Pacajus.**

NOME: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
MÃE: \_\_\_\_\_ COR: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ Nº PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

DATA	PROCEDIMENTO	PROFISSIONAL	ASSINATURA





PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS I



ENCAMINHAMENTO

O Ministério da Saúde e a OMS definem que a atenção primária deva atender os usuários com transtornos mentais subsindrômicos e leves a moderados, assim como dar suporte aos casos graves e persistentes estáveis, explicitando que: “a responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local” (BRASIL, 2003, p. 4).

Na mesma proposta, os Centros de Atenção Psicossocial são considerados dispositivos estratégicos para a organização da Rede de Atenção em Psicossocial, sendo responsáveis pelo atendimento dos transtornos mentais graves e persistentes (esquizofrenia, TAB, orgânicos etc) e aqueles em situação de crise psíquica.

Diante do exposto, encaminhamos o(a) usuário(a) \_\_\_\_\_, prontuário: \_\_\_\_\_, CID-10 \_\_\_\_\_, para complementar seu acompanhamento com sua equipe de saúde da família e NASF.

Orientações à atenção primária: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vale ressaltar que a última consulta médica foi dia \_\_\_\_\_ e que paciente encontra-se reagendado para avaliação no dia \_\_\_\_\_.

Cientes da importância deste cuidado compartilhado, contamos com suporte da atenção primária e nos colocamos disponíveis para maiores esclarecimentos.

Pacajus \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Técnico Responsável



Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

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

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

--	--

MÊS ANO

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



FOLHA

--	--

ATENDIMENTO REALIZADO

SEQÜENCIA	PROCEDIMENTO	CBO	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

DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO RUBRICA

DATA / /





**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

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

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS**

Nº DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_ NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_

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

RAÇA/COR \_\_\_\_\_ ETNIA INDÍGENA \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE \_\_\_\_\_

NOME DO RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

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

COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_ TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_



**DADOS DO ATENDIMENTO**

DATA DE ADMISSÃO \_\_\_\_\_ MÊS ATENDIMENTO \_\_\_\_\_ NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_

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

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

CID10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL \_\_\_\_\_

CID10 CAUSAS ASS \_\_\_\_\_ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS \_\_\_\_\_

EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?  SIM  NÃO CNES \_\_\_\_\_

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

**AÇÕES REALIZADAS**

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





ESTADO DO CEARÁ  
 PREFEITURA MUNICIPAL PACAJUS  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

56

06

## MAPA DIÁRIO DE ATENDIMENTO PROFISSIONAL

PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

ESPECIALISTA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº	NOME DO PACIENTE	S	IDADE	ENDEREÇO	PROCEDIMENTO	ASSINATURA
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						



Assinatura e Carimbo

\_\_\_\_\_  
 Chefe da Unidade

Nº	NOME DO PACIENTE	S	IDADE	ENDEREÇO	PROCEDIMENTO	ASSINATURA
25						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						

Assinatura e Carimbo

Chefe da Unidade



FICHA DE TRIAGEM

Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. IDENTIFICAÇÃO

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

Filiação: \_\_\_\_\_

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Nº de filhos: \_\_\_\_\_ Ocupação Atual: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ D.E.: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Ponto de Referência: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Área do PSF: \_\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_ Enfa: \_\_\_\_\_

Como ocupa seu tempo livre? \_\_\_\_\_

2. DADOS ECONÔMICOS E CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO

<p><b>Renda Familiar</b>          Recebe algum benefício do governo?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  <input type="checkbox"/> Bolsa Escola <input type="checkbox"/> Bolsa Família <input type="checkbox"/> Aux. Gás  <input type="checkbox"/> PETI <input type="checkbox"/> Agente jovem <input type="checkbox"/> BCP</p> <p><b>Habitação</b>  <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida  <input type="checkbox"/> Co-Habitação <input type="checkbox"/> Ocupação</p> <p><b>Tipo de Habitação</b>  <input type="checkbox"/> Tijolo <input type="checkbox"/> Taipa <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Outros</p> <p><b>Banheiros:</b> <input type="checkbox"/> Sim, quantos: _____ <input type="checkbox"/> Não</p>	<p><b>Cobertura</b>  <input type="checkbox"/> Telha <input type="checkbox"/> Palha <input type="checkbox"/> Zinco <input type="checkbox"/> Outros</p> <p><b>Piso</b>  <input type="checkbox"/> Tijolo <input type="checkbox"/> Cimento <input type="checkbox"/> Chão batido</p> <p><b>Energia:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>Abastecimento de água:</b>  <input type="checkbox"/> Encanada <input type="checkbox"/> Cacimba <input type="checkbox"/> Chafariz <input type="checkbox"/> Outro</p> <p><b>Destino do lixo:</b>  <input type="checkbox"/> Coleta pública <input type="checkbox"/> Queimado  <input type="checkbox"/> Terreno baldio <input type="checkbox"/> Enterrado</p>
---	--

3. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nº	Nome	Parentesco	Idade	Ocupação	Renda
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					

4. QUEIXA PRINCIPAL (QP)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.1 INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA ANTERIOR: ( ) sim, quantas: \_\_\_\_\_ ( ) não  
5.2 IDEIAÇÃO SUICIDA: ( ) Sim, com \_\_\_\_\_ tentativas ( ) sim, sem tentativas ( ) não  
5.3 TEMPO DE DOENÇA:

\_\_\_\_\_

**6. HISTÓRIA PESSOAL (HP)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. HISTÓRIA FAMILIAR (HF)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. HISTÓRIA CLÍNICA (HC)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9. OUTRAS INFORMAÇÕES:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10. ENCAMINHAMENTOS:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Técnico responsável: \_\_\_\_\_









PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS  
SECRETARIA DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

89



FICHA DE RECEBIMENTO DE DENÚNCIAS

Denúncia número:	Data:
Procedência: <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> OUVIDORIA MUNICÍPIO <input type="checkbox"/> OUVIDORIA ESTADO	
Número ofício ouvidoria:	
Motivo:	
Denunciado:	
Apelido denunciado:	
Endereço:	
Ponto de Referência:	
Denunciado Reincidente: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Data da inspeção:	Prazo:
Data 1º retorno:	Prazo:
Data 2º retorno:	
Conclusão:	
Observações:	
Interessado:	
Assinatura:	



















MS/FNS \_\_\_\_\_ Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue / PCFAD

**Registro Básico de Controle da Pendência Operacional**

UF	MUNICÍPIO	LOCALIDADE	Categ.
ZONA PCFAD	CICLO L.I.	ANO REF. CICLO L.I.	CICLO T.F. ANO REF. CICLO T.F.

PEND. IMÓVEIS   
 PEND. DEPÓSITOS

Nº de Ordem	Data	Dados dos Imóveis com Pendência Inicial							Resultado		
		Quarteirão	Logradouro	Nº imóvel	Complemento	Tipo Im (R.C. TB Ou PS)	Motivo Pend. (F.R.D.)	Depósitos de Difícil Acesso	Observação	Pendência revertida DATA	Pendência definitiva
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											

**LEGENDA PARA TIPOS DE IMOVEIS E DEPÓSITOS**

IMÓVEIS		DEPÓSITOS					
R - Residência	Ou - Outros	A - Pneu	B4 - Tinta	C - Vasos de plantas	E2 - Lata	F3 - Caolmo	
C - Comércio		B1 - Tanque	B5 - Filtro	D1 - Material de construção	E3 - Depósito plástico	G - Caixa d'água	
TB - Terreno Baldio		B2 - Tambor	B6 - Pote	D2 - Pega do carro	F1 - Poço	H - Recipiente natural	
PE - Ponto Estratégico		B3 - Barril	B7 - Quentinha	E1 - Garrafa	F2 - Sistema	I - Outros	

\_\_\_\_\_

✓

✓

✓



94



**CENTRAL DE REGULAÇÃO**  
**CARTÃO DE MARCAÇÃO DE CONSULTA**

Paciente: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

DIA	HORA	RETORNO

**CENTRO DE ESPECIALIDADES MUNICIPAL**  
Rua Francisco Lopes Nº114 –Centro – Pacajus – Ceará  
*POR TRÁS DA SECRETARIA DE SAÚDE*  
CEP: 62.870-000 Fone:(85) 3348.0138

