

# QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

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

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

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

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

FA: Fora de Área

\*Campo obrigatório

\*\*Campo obrigatório condicionado a pergunta anterior





(MOD. 118.) mod 008



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

Nº

Nº 0062

SÉRIE

30 Blocos

AUTO DE INFRAÇÃO



mgomes

<b>AUTUADO</b>	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) \_\_\_\_\_

pela constatação da(s) seguinte(s) irregularidade(s): \_\_\_\_\_

Pelo que lavrei o presente AUTO DA INFRAÇÃO, em 03 (três) vias de igual teor e para um único efeito,  
assinadas por mim autuante, pelas testemunhas abaixo e pelo(a) autuado(a) \_\_\_\_\_  
seu \_\_\_\_\_ a tudo presente.

Face ainda ao que dispões(m) o(s) artigo(s) \_\_\_\_\_

fica o(a) autuado(a) cientificado(a) de que dispõe do prazo de \_\_\_\_\_ dia(s) para apresentar defesa sob pena  
de REVELIA, conforme estabelece(m) o(s) artigo(s): \_\_\_\_\_

<b>CIÊNCIA</b>	Recebi a 2ª via em ____/____/____	_____ de _____ de _____
	_____ Autuado(a)	_____
	_____ Testemunha	AUTORIDADE FISCALIZADORA

PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF



ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM TRATAMENTO DE HANSENÍASE

DADOS DO PACIENTE

NOME: \_\_\_\_\_  
DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ SINAN: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

TRATAMENTO POR CARTELA

- PB HANSENÍASE INFANTIL ( )      PB HANSENÍASE ADULTO ( )
- MB HANSENÍASE INFANTIL ( )      MB HANSENÍASE ADULTO ( )

Rifampicina ( RFM ) 600mg    Dapsona ( DDS ) 100mg    Clofazimina ( CFZ ) 300mg

1º MÊS		2º MÊS		3º MÊS		4º MÊS	
DATA	CARTELA	DATA	CARTELA	DATA	CARTELA	DATA	CARTELA
5º MÊS		6º MÊS		7º MÊS		8º MÊS	
DATA	CARTELA	DATA	CARTELA	DATA	CARTELA	DATA	CARTELA
9º MÊS		10º MÊS		11º MÊS		12º MÊS	
DATA	CARTELA	DATA	CARTELA	DATA	CARTELA	DATA	CARTELA

Carla

PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF



ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM TRATAMENTO DE HANSENÍASE

UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

TRATAMENTO - 1ª FASE

Rifampicina+isoniazida+Pirazinamida+Etambutol150/75/400/275mg

DATA	1º MÊS		2º MÊS		
	PESO	QUANT.	DATA	PESO	QUANT.

TRATAMENTO 2ª FASE

Rifampicina+Isoniazida 150/75mg

DATA	3º MÊS		4º MÊS		
	PESO	QUANT.	DATA	PESO	QUANT.

DATA	5º MÊS		6º MÊS		
	PESO	QUANT.	DATA	PESO	QUANT.

med UVS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF

ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM TRATAMENTO DE TUBERCULOSE

DADOS DO PACIENTE

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ SINAN: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

**TRATAMENTO - 1ª FASE**  
Rifampicina+isoniazida+Pirazinamida+Etambutol 150/75/400/275mg

DATA	1º MÊS		2º MÊS		
	PESO	QUANT.	DATA	PESO	QUANT.

**TRATAMENTO 2ª FASE**  
Rifampicina+Isoniazida 150/75mg

DATA	3º MÊS		DATA	4º MÊS	
	PESO	QUANT.		PESO	QUANT.

DATA	5º MÊS		DATA	6º MÊS	
	PESO	QUANT.		PESO	QUANT.

OBSERVAÇÃO:

< 50 kg - 30 cp/dia      < 50 kg - < 70 - 4 cp/dia      < 70 kg - 05 cp /dia

Alcane

02 Bico + mts

0100-009



# AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO (Para uso exclusivo de SAD)

DIGITADO POR	DATA
CONFERIDO POR	FOLHA Nº

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL\*      CBO.\*      Cod. CNES UNIDADE.\*      Cod. EQUIPE (INE)\*      TURNO\*      DATA\*

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      (M) (Y) (N)      / /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO

CARTÃO SUS\*      DATA NASC.\*      SEXO\*       M       F

ORIGEM (ASSINALAR)\*

Unidade de Pronto Atendimento       Ciaccon / Uniaccon       Hospital SCS - Urgência / emergência       Hospital SCS - demais setores

Hospital credenciado no Programa SCS Emergências (Portaria nº 1663/2012)       Outros

CONDIÇÃO(ÕES) AVALIADA(S)

<input type="checkbox"/> Adaptação ao uso de órtese/prótese
<input type="checkbox"/> Reabilitação domiciliar
<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos oncológico
<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos não-oncológico
<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia domiciliar
<input type="checkbox"/> Uso de traqueostomia
<input type="checkbox"/> Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica
<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - CPAP
<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - BIPAP
<input type="checkbox"/> Diálise peritoneal
<input type="checkbox"/> Paracentese
<input type="checkbox"/> Medicação parenteral



CID (secundário)      CID (secundário)

CONCLUSÃO\*

AD 1       AD 2       AD 3       INELEGÍVEL

Instabilidade clínica com necessidade de monitorização contínua

Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, com urgência

Outro motivo clínico

Ausência de cuidador (em casos com necessidade)

Outras condições sociais e/ou fam. impeditivas do cuidado domiciliar

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO PARA ADMISSÃO

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

RACE / COR\*\*      Branco      Preto      Parda      Amarela      Indígena      NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL - NIS/PIS/PASEP)

NOME COMPLETO DA MAE\*\*       Desconhecido

NACIONALIDADE\*\*      Brasileira      Naturalizada      Estrangeira      MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO (se brasileiro):\*\*

ENDEREÇO - LOCAL DE PERMANÊNCIA      Nº\*\*

TIPO DE LOGRADOURO\*\*      NOME DO LOGRADOURO\*\*

Bairro\*\*      UF\*\*      CEP

TELEFONES PARA CONTATO      TELEFONE DE REFERÊNCIA ( )

CUIDADOR       Cônjuge / Companheiro(a)       Filho(a) / Enteador(a)       Pai / Mãe       Avô / Avó       Nete(o)       Irmão(ã)       Outro

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

AD 1 - Destina-se a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD 2 - usuários que necessitam de cuidado intensivo com visitas no mínimo duas vezes por semana, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. AD 3 - usuários com critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese ou diálise peritoneal obrigatório.

Obrigatório para cadastro de cidadãos admitidos na própria EMAD



Prefeitura Municipal de Pacajus  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

mod 010

Centro de Reabilitação de Pacajus

**AVALIAÇÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**01- PERCEPÇÃO, ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO:**

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



**02- EXAME FÍSICO**

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

**03- ESQUEMA CORPORAL:**

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

**04- A.V.D.'s:**

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

**05- PLANO DE TRATAMENTO:**

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

TERAPEUTA OCUPACIONAL

Whoen







1030

CLÍNICA DE REABILITAÇÃO DE PACAJUS

Trazer no dia da avaliação: DOCUMENTAÇÃO, EXAMES, RAIOS-X, ULTRA-SOM, RECEITA MÉDICA E ENCAMINHAMENTO.

AVALIÇÃO

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

DATA: / / HORA: : hs TURNO: \_\_\_\_\_

FONE: (085) 9146-2596

CLÍNICA DE REABILITAÇÃO DE PACAJUS

Trazer no dia da avaliação: DOCUMENTAÇÃO, EXAMES, RAIOS-X, ULTRA-SOM, RECEITA MÉDICA E ENCAMINHAMENTO.

AVALIÇÃO

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

DATA: / / HORA: : hs TURNO: \_\_\_\_\_

FONE: (085) 9146-2596

CLÍNICA DE REABILITAÇÃO DE PACAJUS

Trazer no dia da avaliação: DOCUMENTAÇÃO, EXAMES, RAIOS-X, ULTRA-SOM, RECEITA MÉDICA E ENCAMINHAMENTO.

AVALIÇÃO

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

DATA: / / HORA: : hs TURNO: \_\_\_\_\_

FONE: (085) 9146-2596

CLÍNICA DE REABILITAÇÃO DE PACAJUS

Trazer no dia da avaliação: DOCUMENTAÇÃO, EXAMES, RAIOS-X, ULTRA-SOM, RECEITA MÉDICA E ENCAMINHAMENTO.

AVALIÇÃO

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

DATA: / / HORA: : hs TURNO: \_\_\_\_\_

FONE: (085) 9146-2596

CLÍNICA DE REABILITAÇÃO DE PACAJUS

Trazer no dia da avaliação: DOCUMENTAÇÃO, EXAMES, RAIOS-X, ULTRA-SOM, RECEITA MÉDICA E ENCAMINHAMENTO.

AVALIÇÃO

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

DATA: / / HORA: : hs TURNO: \_\_\_\_\_

FONE: (085) 9146-2596

CLÍNICA DE REABILITAÇÃO DE PACAJUS

Trazer no dia da avaliação: DOCUMENTAÇÃO, EXAMES, RAIOS-X, ULTRA-SOM, RECEITA MÉDICA E ENCAMINHAMENTO.

AVALIÇÃO

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

DATA: / / HORA: : hs TURNO: \_\_\_\_\_

FONE: (085) 9146-2596

CLÍNICA DE REABILITAÇÃO DE PACAJUS

Trazer no dia da avaliação: DOCUMENTAÇÃO, EXAMES, RAIOS-X, ULTRA-SOM, RECEITA MÉDICA E ENCAMINHAMENTO.

AVALIÇÃO

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

DATA: / / HORA: : hs TURNO: \_\_\_\_\_

FONE: (085) 9146-2596

CLÍNICA DE REABILITAÇÃO DE PACAJUS

Trazer no dia da avaliação: DOCUMENTAÇÃO, EXAMES, RAIOS-X, ULTRA-SOM, RECEITA MÉDICA E ENCAMINHAMENTO.

AVALIÇÃO

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

DATA: / / HORA: : hs TURNO: \_\_\_\_\_

FONE: (085) 9146-2596

CLÍNICA DE REABILITAÇÃO DE PACAJUS

Trazer no dia da avaliação: DOCUMENTAÇÃO, EXAMES, RAIOS-X, ULTRA-SOM, RECEITA MÉDICA E ENCAMINHAMENTO.

AVALIÇÃO

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

DATA: / / HORA: : hs TURNO: \_\_\_\_\_

FONE: (085) 9146-2596



Renata Evelyn Cysne Rosas  
Fisioterapeuta / Coordenadora  
CREFITO - 4162 - L.T.S

27/11 002

# CARTÃO DE VACINAÇÃO;

ESCOLAR • ADULTO • IDOSO

65ª edição

Nome: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Você está IMUNIZADO contra as doenças se tomar todas as doses do esquema de vacinação. Se esquecer alguma dose não precisa recomençar o esquema. Vá a Unidade de Saúde e leve este cartão. Conserve este cartão junto aos seus documentos de importância



VACINAS	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Reforço	Reforço	VACINAS	Revacinação	Revacinação	Revacinação
DT - Dif. / Tét.									
C. Hepatite B									
C. Influenza									
C. Pneumococo 23V									
Dupla Viral									
Triplíce Viral									
BCG									
Febre Amarela	Lote	Laboratório	Validade	Data Aplic.	Lote	Laboratório	Validade	Data Aplic.	



20/11



**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

*md 036*

**CITOLOGIA ONCÓTICA**

Nº	Nº da lâmina	Nº do prontuário	Nome do paciente	Data
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				



*31.10.2011*



**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

mat 037  
15101



CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu \_\_\_\_\_, concordo que sejam realizados os testes rápidos ANTI-HIV a partir de uma amostra coletada da minha polpa digital. Cabe ressaltar, que fui devidamente esclarecido e que os testes rápidos ANTI-HIV serão realizados de acordo com a portaria Nº 34, de 28 de Julho de 2005, do Ministério da Saúde.

Assinatura: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

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



**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

Eu \_\_\_\_\_, concordo que sejam realizados os testes rápidos ANTI-HIV a partir de uma amostra coletada da minha polpa digital. Cabe ressaltar, que fui devidamente esclarecido e que os testes rápidos ANTI-HIV serão realizados de acordo com a portaria Nº 34, de 28 de Julho de 2005, do Ministério da Saúde.

Assinatura: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

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



**ESTADO DO CEARÁ**  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Ten. Joaquim Nogueira de Queiroz - Centro - Pacajus - Ce.  
 Cep.: 62870-000 - Fone: (85) 3348.1834 Fax: (85) 3348.3487



**CONSOLIDADO MENSAL DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA - Mob 039**

DIAS \_\_\_\_\_ UNIDADE DE SAÚDE \_\_\_\_\_ MÊS/ANO: \_\_\_\_\_

USUÁRIA		Nº CONSULTA MÉDICA	Nº CONSULTA ENFERMAGEM
NOVA	< 20 ANOS		
	> 20 ANOS		
SUBSEQUENTE			
TOTAL			

Nº PARTO	NORMAL	
	CESÁRIA	
Nº CURETAGEM - AMIU		
Nº DE VDRL NO PARTO		
Nº DE SÍFILIS CONGÊNITA		

MÉTODOS DISPENSADOS POR CLIENTES						
MÉTODOS HORMONAIS		UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE RECEBIDA POR			QUANT. DISTRIBUÍDA
ORAL			MS	ESTADO	PPI	
	COMBINADO DE BAIXA DOSAGEM	CARTELAS				
	ANTICONCEPCIONAL DE EMERGÊNCIA	CARTELAS				
	MINI PILULA	CARTELAS				
INJETAVEL	MENSAL	AMPOLAS				
	TRIMESTRAL	AMPOLAS				
OUTROS	CONDONS	FEMININO				
		MASCULINO				

MÉTODOS DE ESTERILIZAÇÃO			
VASECTOMIA			
LAQUADURA TUBARIA			

DIU	UNIDADE				
CONSUMO DE IMUNOGLOBULINA	AMPOLAS				
CONSUMO DE MISOPROSTOL 25mg	COMPRIMIDOS				
CONSUMO DE MISOPROSTOL 200mg	COMPRIMIDOS				
CONSUMO DE HIDRALAZINA	AMPOLAS				
IMPLANON	INTRADÉRMICO				

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*01 folha em branco*



**ESTADO DO CEARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**CLÍNICA DE REABILITAÇÃO DE PACAJUS**



**CLÍNICA DE REABILITAÇÃO DE PACAJUS**

CONTROLE DE ATENDIMENTO - mod. 040

PROFISSIONAL:	
ESPECIALIDADE:	
MÊS:	ANO:

DESCRIÇÕES	QUANTIDADE
PACIENTES ATENDIDOS	
Números de Atendimentos	
AVALIAÇÕES	
ALTAS	
RECUPERAÇÃO PARCIAL	
ABANDONO	

ultra

\_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
CHEFIA DA UNIDADE







30 Bloccs

(0305/2011)

mao v...



PREFEITURA DE  
**PACAJUS**  
RECONSTRUINDO COM O POVO



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE LEGAL

\_\_\_\_\_  
Razão Social/CNPJ

Vimos por meio deste apresentar o Sr. (a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, como Responsável Legal, para fins de  
documentos junto a Vigilância Sanitária Municipal.

Atenciosamente;

Pacajus, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do Responsável - Carimbo



mod 047 (1/14/11)

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 deve 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 de problemas de saúde pela equipe" (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 risco psíquico.

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

Indicações a atenção primária: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Em virtude da importância deste cuidado compartilhado, contamos com suporte da atenção primária e nos  
ajudamos disponíveis para maiores esclarecimentos.

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

\_\_\_\_\_  
Técnico Responsável

4/1/11



mod 048

# Encaminhamento SAD

## IDENTIFICAÇÃO

EQUIPE SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

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

DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA DO RECEBIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA DA AVALIAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

NUMERO DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: ( ) M ( ) F

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_



980076

## MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO/RESUMO QUADRO ATUAL

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PACAJUS



*Filete/2011*

PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Tenente Joaquim Nog. de Queiroz 138 - Centro - Pacajus CE  
CEP 62.870-000

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE BUCAL** - mod. 049

**IDENTIFICAÇÃO**

NOME: \_\_\_\_\_  
 NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_ NºPRONT. \_\_\_\_\_  
 NASCIMENTO: / / C. DO SUS: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
 BAIRRO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_  
 ESF/ESB: \_\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_

<b>TABELA DE CRITÉRIOS DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE BUCAL</b>		
ITEM	ESCORES PADRÃO	ESCORE DO USUÁRIO
<b>CRITÉRIOS BIOLÓGICOS</b>		
USUÁRIO APRESENTA CONDIÇÃO CRÔNICA: DIABETES, HIPERTENSÃO, GESTANTE OU IDOSO	2	
USUÁRIO COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL	3	
USUÁRIO ACAMADO	3	
USUÁRIO DE ALCÓOL, TABACO OU OUTRAS DROGAS	3	
CRIANÇA DE 6-11 ANOS OU ADOLESCENTE DE 12-19	4	
<b>CRITÉRIOS ODONTOLÓGICOS</b>		
TEVE DOR DE DENTE NOS ÚLTIMOS 6 MESES	2	
APRESENTA MANCHA BRANCA ATIVA	1	
APRESENTA BOCA SECA	2	
APRESENTA LESÃO DE CÁRIE EM ATÉ 3 DENTES	2	
LESÃO DE CÁRIE DE 4 A 7 DENTES	3	
LESÃO DE CÁRIE EM MAIS DE 8 DENTES	4	
ESTÁ COM FERIDA NA BOCA HÁ MAIS DE 15 DIAS	3	
ESTÁ COM SANGRAMENTO NA BOCA	2	
ESTÁ COM ALGUM DENTE PERMANENTE MOLE	3	
PRECISA DE PRÓTESE TOTAL	2	
PRECISA DE PRÓTESE PARCIAL	1	
TEM PERDA DE 1 OU MAIS DENTES	4	
NECESSITA DE ENDODONTIA	30	
NECESSITA DE PERIODONTIA	30	
NECESSITA DE CIRURGIA COMPLEXA	30	
NECESSITA DE DIAGNÓSTICO DE LESÃO	30	

*ulgrone*



USUÁRIO É PORTADOR DE NECESSIDADE ESPECIAL QUE PRECISA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NO SERVIÇO ESPECIALIZADO	30		
<b>CRITÉRIOS DE AUTOCUIDADO</b>			
USUÁRIO, MÃE OU CUIDADOR COM BAIXA ESCOLARIDADE	3		
USUÁRIO COME DOCE OU TOMA REFRIGERANTE	2		
NÃO TEM CONSUMO REGULAR DE ÁGUA FLUORETADA	3		
NÃO FAZ CONSUMO DE CREME DENTAL	3		
NÃO TEM HÁBITO DE ESCOVAR OS DENTES DIARIAMENTE	3		
SÓ PROCURA SERVIÇO QUANDO TEM DOR DE DENTE	3		
<b>CRITÉRIOS PARA CRIANÇA DE 0-5 ANOS</b>			
CRIANÇA FAZ USO DE MAMADEIRA SEM HIGIENE	3		
CRIANÇA USA CHUPETA ADOÇADA COM AÇÚCAR OU MEL	3		
A CRIANÇA TEM COMPORTAMENTO NÃO COLABORADOR DURANTE A HIGIENE	3		
A CRIANÇA FAZ SUA HIGIENE SEM A SUPERVISÃO	3		
CRIANÇA APRESENTA DENTES FUSIONADOS E/OU HIPOCALCIFICADOS E /OU HIPOPLASIA E/OU DEFEITO CONGÊNITO	2		
<b>ESCORE TOTAL DO USUÁRIO</b>			
<b>PONTOS</b>		<b>RISCOS</b>	
0-10		BAIXO RISCO	
11-30		MÉDIO RISCO	
ACIMA DE 30		ALTO RISCO	
<b>RISCOS</b>	<b>ESCORE TOTAL</b>	<b>RECOMENDAÇÃO</b>	<b>MONITORAMENTO</b>
BAIXO RISCO	0 A 10 PONTOS	2 CONSULTAS	ANUAL
MÉDIO RISCO	11 A 30 PONTOS	3 A 5 CONSULTAS	SEMESTRAL
ALTO RISCO	ACIMA DE 30 PONTOS	6 OU + CONSULTAS	TRIMESTRAL

### HISTÓRICO DE RISCO FM SAÚDE BUCAL

DATA				
ESCORE				
RISCO				

ad. m. s.





(Mód 4031

30 Blocos

mod. 052



### FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA



AUTÔNOMO

PROFISSIONAL

PESSOA JURÍDICA

#### INFORMAÇÕES DO ESTABELECIMENTO



1 CNPJ:

□□.□□□.□□□/□□□□-□□

2. CPF:

□□□.□□□.□□□-□□

3 RAZÃO SOCIAL:

4 NOME DE FANTASIA:

5 INS. ESTADUAL:

6. INS. MUNICIPAL:

7. CNES:

8. ENDEREÇO:

9. NÚMERO:

10. COMPLEMENTO

11. CEP: □□.□□□□-□□□□

12. MUNICÍPIO:

13. BAIRRO:

14. UF:

15. DDD: □□

16. TELEFONE: □□□□-□□□□

17. FAX: □□□□-□□□□

18. E-MAIL:

19. DATA FUNCIONAMENTO: □□/□□/□□□□

20. NATUREZA JURÍDICA:

21. PASTA:

24. ÁREA:

25. ATIVIDADE:

26. SUB-ATIVIDADE:

#### RESPONSÁVEL LEGAL/PROFISSIONAL LIBERAL/AUTÔNOMO

30. CPF: □□□.□□□.□□□-□□

31. NOME:

32. RG: □□□□□□□□□□□□

33. ÓRG. EXP.:

34. D. EXPEDIÇÃO:

□□/□□/□□□□

#### RESPONSÁVEL TÉCNICO

36. CPF: □□□.□□□.□□□-□□

37. NOME:

38. RG: □□□□□□□□□□□□

39. ÓRG. EXP.:

40. D. EXPEDIÇÃO:

□□/□□/□□□□

41. NÚMERO DE REGISTRO NO CONSELHO:

42. CONSELHO:

43. FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

44. ESCOLARIDADE:

45. ESPECIALIZAÇÃO:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

DATA:

ASSINATURA DO CADASTRADOR VISA

DATA:

Marcos A F. Nogueira  
Fiscal Sanitário  
Port. 31/2017 PMP

Ulaon.

(18) 0/ 1200 BLD003



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA - MOD. 076

1. PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS  
2. AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO,  
ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO, ORIENTANDO-O  
PARA RETORNAR COM A 1ª VIA A UNIDADE  
DE ORIGEM.

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

Município: Pacajus

Nome: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº \_\_\_\_\_  
 Sexo: M  F  Data Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_  
 End.: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Ponto de Referência: \_\_\_\_\_ Nome do ACS: \_\_\_\_\_  
 Motivo do Encaminhamento: \_\_\_\_\_  
 Resultados dos Exames: \_\_\_\_\_  
 Conduta Já Realizada: \_\_\_\_\_  
 Impressão Diagnóstica: \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Encaminhante - Nº Registro \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_



juhoon

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

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº: \_\_\_\_\_ Alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_

Resumo Clínico / Cirúrgico: 3 VIAS ANTROPONAIOS  
 Resultado de Exames: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: Principal \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 Secundário 1 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 Secundário 2 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 Proposta de Conduta para Segmento: \_\_\_\_\_  
 O problema justificou a referência? Sim  Não  O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim  Não   
 Assinatura do Consultante - Nº Registro \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

(\*) Utilizar também como resumo de alta.

(24)

2017/11/15 11:36:11 - Rua Tenente Nogueira de Queiroz, nº 138, Centro - Pacajus - Ceará  
Secretaria Municipal de Saúde

**GESTANTES COM RH NEGATIVO**

UBS: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*mod. 087*

Nome da gestante	DPP	Tipagem sanguínea do parceiro	Coombs Indireto		
			Resultado	Data do resultado	Idade Gestacional na data do resultado
+					



\_\_\_\_\_ Enf. Responsável

**ATENÇÃO!!** O Teste de Coombs indireto deve ser solicitado para gestantes RH negativo e parceiros RH positivo ou RH desconhecido. Se o resultado do Teste de Coombs for negativo, deve-se repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana; quando for positivo, deve-se referir a gestante para o pré-natal de alto risco.

*9/11/2017*





SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc.

Fem.

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

9 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - COD. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - QTDE

## PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTDE

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE



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

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

34 - CID10 PRINCIPAL, 35 - CID10 SECUNDÁRIO, 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES

## SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

40 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

45 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

52 - CNES

27/07/2011







SERVIÇO / Med 097

ITEM 8

	<b>MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR</b>		DIGITADO POR:	DATA:
	<i>Região Nutricional</i>		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

Nome do Cidadão:*		Sexo:*	Local de Atendimento:*
Data de nascimento:*		<input type="radio"/> Feminina <input type="radio"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quantas vezes consumiu leite materno?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Consumiu leite de vaca?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Consumiu leite infantil?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Consumiu fruta?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Consumiu sal (de panela, papa ou sopa)?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Consumiu alimentos/bebidas		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	A criança ontem tomou leite do peito?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quantas vezes consumiu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe	
	Quantas vezes consumiu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe	
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	Quantas vezes consumiu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe	
	Como a comida foi oferecida?	<input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Se o caldo <input type="radio"/> Não Sabe	
	Consumiu leite que não é leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Consumiu leite com leite?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Consumiu batata, inhame,aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Consumiu frutas de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, espinafre, beterraba, beldroega, brócolis, espinafre, mostarda)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Consumiu folhas (alfafa, acelga, repolho)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Consumiu carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Consumiu leite?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Consumiu arroz?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Consumiu pão, bolacha, biscoito, salgadinho de pacote ou biscoito salgado?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Consumiu doce, bolo, biscoito, doce ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Consumiu refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, ou suco de fruta com adição de açúcar?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Consumiu instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Consumiu doce, bolo, biscoito, doce ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS E GESTANTES E IDOSOS**	Tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia	
	Consumiu frutas?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Consumiu frutas frescas (não considerar suco de frutas)?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Consumiu arroz e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Consumiu pão, bolacha, biscoito, salgadinho de pacote ou biscoito salgado?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Consumiu refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, ou suco de fruta com adição de açúcar?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Consumiu instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Consumiu doce, bolo, biscoito, doce ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe



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

ESTADO DO CEARÁ  
 PREFEITURA MUNICIPAL PACAEMUS  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

*Print  
 Print  
 Print*

## 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

*0.0.0*



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Reabilitação - MOD - 099 - cartas de concessão

NOME/FUNÇÃO:		CPF:
SECRETARIA:	UNIDADE DE TRABALHO:	MATRÍCULA:
ESCOLARIDADE:	ENDEREÇO:	VÍNCULO:
EMAIL:		TELEFONE / CONTATO
REQUER: <input type="checkbox"/> Prefeito <input type="checkbox"/> Secretário <input type="checkbox"/> Chefe Imediato		



**OCORRÊNCIA**

Adicional de Insalubridade     Adicional de Periculosidade     Adicional Noturno

Alteração de Nome. Para: \_\_\_\_\_  
**Apresentar em anexo cópia autenticada da documentação comprobatória.**

Aposentadoria por Tempo de Serviço. **Apresentar em anexo CNIS do INSS.**

Avaliação de Desempenho do Estágio Probatório. **Apresentar em anexo formulário de notas preenchido pelo chefe imediato.**

Averbação do Tempo de Serviço. **Apresentar em anexo a documentação necessária.**

Cômputo por Tempo de Serviço

\*Demissão da Prestação de serviços como contratado (a)

\*Exoneração do Cargo: \_\_\_\_\_

\*Efetivo / Concurso: \_\_\_\_\_

\*Comissionado (Nos casos de pedido de demissão e exoneração reconhecer firma em cartório)

FÉRIAS (1/3)

PERÍODO AQUISITIVO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ À \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

PERÍODO DE GOZO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ À \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Gratificação de Incentivo Profissional - GIP (Anexar cópia autenticada com selo original do Diploma e histórico escolar do Curso de Especialização na área específica do cargo efetivo)

Gratificação de Adicional Permanente para profissionais do Magistério (Anexar cópia autenticada do ato de nomeação e posse no serviço público de Pacajus)

Gratificação pela atuação na Educação Especial (Anexar cópia autenticada com selo original do Diploma e histórico escolar do curso de capacitação na área da Educação Especial com carga horária mínima de 120 horas. O curso dever ter o reconhecimento pelo MEC. Anexar ainda Declaração expedida pela Secretaria de Educação certificando a atuação do servidor(a) na Educação Especial)

Horas Extras. Quantidade n.º \_\_\_\_\_  Diurna     Noturna

Licença Maternidade (Anexar Atestado original)

Licença p/ Tratamento de Saúde (Anexar Atestado original)

Licença por Acidente de Trabalho (Anexar Atestado original)

Licença por Motivo de Doença na Família (Anexar Atestado original)

Licença Prêmio

Licença para tratar de interesses particulares (Anexar cópia autenticada da portaria de homologação no Estágio Probatório)

Pagamento de Exercício(s) Anterior(es) (Anexar documentação comprobatória necessária)

Pensão Alimentícia (Anexar documentação judicial necessária)

Salário Família (Anexar cópia autenticada da Certidão de nascimento. Crianças de 0 a 7 anos anexar cópia do cartão de vacina)

Transferência de Setor com ofício expedido da Secretaria

Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO SECRETÁRIO	ASSINATURA DO CHEFE IMEDIATO	ASSINATURA DO(A) PREFEITO(A)
--------------------------	------------------------------	------------------------------

ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A):

CATEGORIA  
PMP  
SECRETARIA DE SAÚDE



**PLANO ALIMENTAR** NASF  
TOR. 004

REFEIÇÃO/HORÁRIOS	ALIMENTOS	MEDIDAS CASEIRAS
DESJEJUM		
COLAÇÃO		
ALMOÇO	-	
LANCHE DA TARDE		
JANTAR		
CEIA	-	



almoço

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_







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

**Registro Básico de Controle da Pendência Operacional**

UF	MUNICIPIO	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						Observação	Resultado	
		Quarteirão	Logradouro	Nº imóvel	Complemento	Tipo Im (R.C. TB Ou PE)	Motivo Pend. (F.R.D.)		Depósitos de Difícil Acesso	Pendência revertida DATA
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 IMÓVEIS E DEPÓSITOS**

<b>IMÓVEIS</b>	<b>DEPÓSITOS</b>
R - Residência C - Comércio T - Terreno baldio PE - Posto Estratégico	A - Pneu B1 - Tanque B2 - Tambor B3 - Barril B4 - Tinta B5 - Filtro B6 - Foca B7 - Quarentinha C - Vasos de plantas D1 - Material de construção D2 - Peça de carro E1 - Garrafa E2 - Lata E3 - Depósito plástico F1 - Poço F2 - Cisterna F3 - Cachimbo G - Caixa d'água H - Recipiente natural I - Outros



130

PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA

RELATORIO  
SSAZ

2010 119

MICROAREA	RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA										TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	NASCIDOS VIVOS NO MÊS										
2	MORTOS NO MÊS										
3	MORTOS POR DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS										
4	MORTOS POR DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS										
5	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
6	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
7	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
8	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
9	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
10	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
11	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
12	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
13	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
14	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
15	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
16	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
17	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
18	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
19	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
20	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
21	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
22	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
23	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
24	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
25	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
26	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
27	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
28	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
29	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
30	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
31	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
32	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
33	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
34	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
35	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
36	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
37	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
38	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
39	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
40	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
41	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
42	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
43	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
44	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
45	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
46	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
47	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
48	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
49	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
50	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
51	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
52	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
53	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
54	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
55	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
56	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
57	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
58	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
59	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
60	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
61	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
62	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
63	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
64	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
65	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
66	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
67	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
68	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
69	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
70	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
71	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
72	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
73	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
74	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
75	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
76	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
77	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
78	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
79	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
80	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
81	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
82	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
83	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
84	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
85	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
86	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
87	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
88	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
89	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
90	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
91	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
92	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
93	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
94	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
95	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
96	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
97	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
98	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
99	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										
100	MORTOS POR CAUSAS NATURAIS										



A. D. ...



**RELATÓRIO MENSAL DO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

MOD. 116

MUNICÍPIO:		CRES:				
MÊS:		DATA DA INFORMAÇÃO:				
ATENDIMENTO DE ADOLESCENTE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	10 - 14 anos		TOTAL	15 - 19 anos		TOTAL
	Mas.	Fem.		Mas.	Fem.	
Avaliação das Condições de Saúde - 1ª Consulta (Altura, Peso, Critérios de Tanner e Orientações)						
Consulta Planejamento Familiar (Orientações para dispensação de método)						
Exame de Prevenção Ginecológico (Exames Realizados)						
Pre - Natal (Consultas realizadas)						
Consulta de DST/AIDS (Consulta e tratamento)						
Atendimento em Imunização (aplicação de vacina)						
Acompanhamento em Nutrição (Obesidade, anorexia, outros)						
Transtornos Psicológicos (Depressão, idéias suicidas, outros)						
Deficiência auditiva, ocular, física, mental (encaminhamento)						
Uso de Drogas ilícitas, Tabagismo, Alcoolismo (encaminhamento)						
Consultas Saúde Bucal						
Visita Domiciliar (ACS ou ESF)						
EDUCAÇÃO PERMANENTE INTERSETORIAL EM SAÚDE DO ADOLESCENTE	10 - 14 anos		TOTAL	15 - 19 anos		TOTAL
	Mas.	Fem.		Mas.	Fem.	
Realização de Educação Permanente Adolescentes e Jovens para a Promoção da Saúde						
Realização de educação Permanente com Famílias de Adolescentes e Jovens						
Realização de Educação Permanente e Capacitação de Profissionais de saúde e Educação em Saúde do adolescentes						
DISPENSÇÃO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS	10 - 14 anos		TOTAL	15 - 19 anos		TOTAL
	Mas.	Fem.		Mas.	Fem.	
Preservativo Masculino						
ACO Oral						
ACO Injetável						
ACOMPANHAMENTO EPIDEMIOLÓGICO MENSAL	10 - 14 anos		TOTAL	15 - 19 anos		TOTAL
	Mas.	Fem.		Mas.	Fem.	
Adolescentes Grávidas identificadas						
Casos de Violência Intrafamiliar e Sexual (Notificados)						
Casos de Mortalidade por Causas Externas						
Nome do Responsável:						Telefone:
E-mail:						UBS:



At. H. M. S. / 10/10/2010  
A. M. S.





# PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

## Secretaria Municipal de Saúde



### PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

01	Controle Digitação
----	--------------------

02 Município					03 Código e nome da localidade					04 Zona			
05 Categ. localid.		06 Tipo		07 Ciclo/ano		08 Concluído?		09 Sem. Epidem.		10 Data início		11 Data final	
		1 - sede 2 - outras		/		S - sim N - não		/		/ /		/ / /	
<b>Atividade</b>													
1 - LI - Levantamento de índice				2 - LI+T - Levantamento de índice+Tratamento				3 - PE - Ponto Estratégico					
4 - T - Tratamento				5 - DF - Delimitação de Foco				6 - PVE - Pesquisa Vetorial Especial					

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO													
13 Total quart. concl.	14 N.º Imóveis trabalhados por tipo						15 n.º Imóveis			23 Amostras coletadas	24 Pendência		
	14 Residência	15 Comércio	16 TB	17 PE	18 Outro	19 Total	20 Trat. Focal	21 Trat. Perifocal	22 Inspeccionados		24 Recusa	25 Fechados	26 Recuperados

N.º depósitos inspeccionados por tipo									
27 A1	28 A2	29 B	30 C	31 D1	32 D2	33 E	34 Total	35 Depósito Eliminado	

N.º depósitos tratados				
36 Larvicida (1)			37 Larvicida (2)	
36 Tipo	37 Qtde. (Gramas)	38 Qtde. dep. trat.	39 Tipo	40 Qtde. (Gramas)

42 Adulticida		44 Agentes por dia trabalhado
42 Tipo	43 Qtde. (Cargas)	

RESUMO DO LABORATÓRIO									
N.º depósitos com espécimes por tipo									
	45 A1	46 A2	47 B	48 C	49 D1	50 D2	51 E	52 Total	
com Aedes aegypti									
com Aedes albopictus									

A1 - caixa d'água (elevado)  
D1 - Pneus e outros materiais rodantes

A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)  
D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas), sucatas, entulhos.

B - Pequenos depósitos móveis C - Depósitos fixos  
E - Depósitos naturais

N.º de Imóveis com espécimes, por tipo								N.º de exemplares			
	53 Residência	54 Comércio	55 Terreno Baldio	56 Ponto Estratégico	57 Outros	58 Total		59 Larvas	60 Pupas	61 Exúvia de pupa	62 Adulto
com Aedes aegypti											
com Aedes albopictus											
outros											

63 N.º e seq. dos quartéis com Aedes aegypti			
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/

64 N.º e seq. dos quartéis com Aedes albopictus			
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/

65 N.º e seq. dos quartéis com Aedes aegypti + Aedes albopictus			
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/

66 Visto do Supervisor	67 Data do Visto
------------------------	------------------



*Ocorrentes logo Pacajus*

*med 106*

CENTRAL DE ABASTECIMENTO CENTRAL - CAF DE PACAJUS  
Av. Cônego Eduardo Araripe, 1128, CEP: 62870-000, Centro, Pacajus-CE

*Tom 15x21*

FORMULÁRIO PADRÃO DE SOLICITAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS

Unidade Básica de Saúde:		Data da Solicitação:		
	Descrição	Estoque	Solicit.	Atend.
	VACINA BCG INTRADERMICO - 10 DOSES			
	VACINA BCG INTRADERMICO - 20 DOSES			
	VACINA CONTRA FEBRE AMARELA - 05 DOSES			
	VACINA CONTRA INFLUENZA (GRIPE) - 10 DOSES			
	VACINA CONTRA HEPATITE "A" (ROTINA PEDIATRICA) - 01 DOSE			
	VACINA CONTRA HEPATITE "B" - 10 DOSES			
	VACINA CONTRA PNEUMOCOCCO - 23 VAL 01 DOSE			
	VACINA CONTRA POLIO INATIVA - 10 DOSES			
	VACINA CONTRA RAIVA EM CULTURA CELULAR/VERO - 01 DOSE			
	VACINA CONTRA VARICELA - 01 DOSE			
	VACINA DUPLA ADULTO - 10 DOSES			
	VACINA DUPLA VIRAL - 10 DOSES			
	VACINA MENINGOCOCCICA CONJUGADA ACWY - 01 DOSE			
	VACINA MENINGOCOCCICA CONJUGADA GRUPO C - 01 DOSE			
	VACINA ORAL CONTRA POLIOMIELITE - 25 DOSES			
	VACINA ORAL DE ROTAVIRUS HUMANO UNIDOSE - 01			
	VACINA PAPILOMAVIRUS HUMANO 6,11,16,18 (RECOMBINANTE) - 0,5 ML			
	VACINA PENTAVALENTE - 01 DOSE			
	VACINA PNEUMOCOCCICA CONJUGADA - 10 VALENTE - 01 DOSES			
	VACINA TRIPLICE ACELULAR (DTPa) - 01 DOSE/ADULTO			
	VACINA TRIPLICE (DTP) - 10 DOSES			
	VACINA TRIPLICE VIRAL - 10 DOSES			
	REFRIGERANTE P/VACINA BCG - 10 DOSES			
	REFRIGERANTE P/VACINA CONTRA FEBRE AMARELA - 05 DOSES			
	REFRIGERANTE P/VACINA DUPLA VIRAL - 10 DOSES			
	REFRIGERANTE P/VACINA TRIPLICE VIRAL - 10 DOSES			
	FRINGIDA DESEC 0,05ML - 2GG X 3/8			
	FRINGIDA DESEC 3ML C/AGULHA 13X4,5			
	FRINGIDA DESEC 3ML C/AGULHA 25X7			
	Outros:			
Justificativa:				
Responsável Liberação:		Data do atendimento:		
Responsável CAF:		Recebedor:		



*liberada*



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

Nº

*mod 129*  
Nº 0004

SÉRIE

TERMO DE  APREENSÃO  
 INTERDIÇÃO  
 DESINTERDIÇÃO

*10 blocos*



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 ____/____/____	_____ de _____ de _____
	_____ Detentor(a)	_____ AUTORIDADE FISCALIZADORA
	_____ Testemunha	





PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

Nº

Nº 0006

SÉRIE

TERMO DE INTIMAÇÃO

30 Blocos



ESTABELECIMENTO

FIRMA OU RAZÃO SOCIAL:

NOME FANTASIA:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL

RAMO DE ATIVIDADE:

INSCRIÇÃO NO CNPJ OU CPF:

REGISTRO SANITÁRIO:

FUNDAMENTO LEGAL:

PROVIDÊNCIA(S) EXIGIDA(S):

PRAZO CONCEDIDO:

CIÊNCIA

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

Responsável

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

AUTORIDADE FISCALIZADORA

Algona



35 DUPLICATAS

<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MOD. 130</b>		
NOME:		DT NASC:
RUA:	FONE:	IDADE:
Nº SUS:	BAIRRO:	

O presente Termo de consentimento Livre e Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quando aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pela equipe de enfermagem.

Eu, abaixo assinado, autorizo o profissional médico e seus assistentes a realizar procedimento cirúrgico. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelam alterações, com indicação de realização do procedimento cirúrgico. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto onde tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego de anestesia local, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativas. Autorizo que qualquer tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ao questionar qualquer parágrafo ou palavra com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

PACAJUS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Acompanhante: \_\_\_\_\_ Data nasc: \_\_\_\_\_  
(se menor)

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Responsável/Acompanhante



\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável  
pela aplicação do termo

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional médico

*Subone*



30 blocos

(MOB 119/1)

mod 133



TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DO RESPOSÁVEL TÉCNICA

NOME:

CPF:

CATERGORIA PROFISSIONAL:

ENDEREÇO:

MUNICIPIO:

E-MAIL:

HORARIO DE TRABALHO:

No. RG:

ORGÃO EMISSOR: UF:

INSCRIÇÃO NO CONSELHO:

BAIRRO:

UF. CEP.

TELEFONE:

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

RAZÃO SOCIAL:

NOME FANTASIA:

CNPJ:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

E-MAIL:

TELEFONE:

RAMO DE ATIVIDADE:

SERVIÇO SOB RESPONSABILIDADE DO TÉCNICO IDENTIFICADO:

.....IDENTIFICADO ACIMA  
COMUNICA À ESTE

ORGÃO QUE A PARTIR DA DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ É RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO SERVIÇO JÁ QUALIFICADO, ASSUME O COMPROMISSO DE COMUNICAR À ESTE ORGÃO A DATA DE BAIXA DE RESPONSABILIDADE.

FICO CIENTE QUE ASSUMO TODA RESPONSABILIDADE TÉCNICA PELO SERVIÇO A PARTIR DA DATA ACIMA ATÉ A DATA A SER COMUNICADA NESTE SETOR.

PACAJUS, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO COM INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE

ulson

# TRIAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA AO MELHOR EM CASA - SAD

mod. 134



SECRETARIA DE SAÚDE  
PACAJUS



*Juliana*

Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ESF/UBS: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
 Médico: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_  
 Enfermeiro: \_\_\_\_\_  
 Agente Comunitário de Saúde: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

Sexo:  Masculino  Feminino Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Possui cuidador?  Sim  Não Se sim, Nome e vínculo: \_\_\_\_\_

Necessita de monitorização contínua?  Sim  Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Existem necessidade de locomoção?  Sim  Não Se sim, qual o motivo? \_\_\_\_\_

Dispositivos?  Sim  Não Quais?  SVD  SNG/SNE  Uropen  Ostomias  Drenos  VM  O<sub>2</sub>  
 necessita de curativos?  Sim  Não Se sim, qual o grau de complexidade?  Baixo  Médio  Elevado

Resumo do caso (HDA, Diagnóstico, Prognóstico): \_\_\_\_\_

Medicamentos/equipamentos em uso: \_\_\_\_\_

### SINAIS VITAIS

Temperatura (°C)	
Saturação	
Frequência cardíaca (bpm)	
Pressão Arterial (mmHg)	

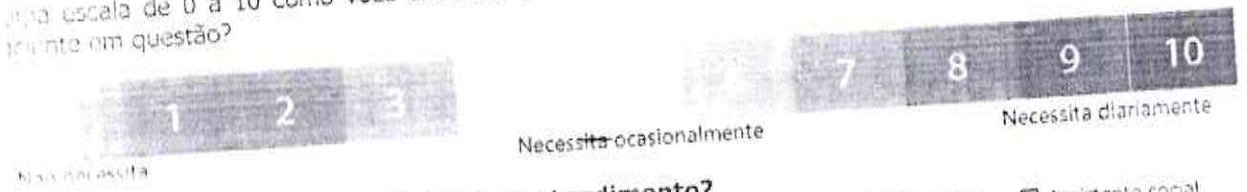
### GLICEMIA CAPILAR

\_\_\_\_\_ mg/dl  
 Jejum  Pós-prandial

### DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso: \_\_\_\_\_ kg  
 Altura: \_\_\_\_\_ m  
 IMC: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Na escala de 0 a 10 como você classifica a **necessidade de cuidados domiciliares** requeridos pelo paciente em questão?



Quais profissionais seriam necessários ao atendimento?

- Médica  Enfermagem  Fisioterapia  Fonoaudiólogo  Nutricionista  Psicólogo  Assistente social

### RESULTADO DA AVALIAÇÃO

Acompanhamento pela ESF/UBS  Aval. de Elegibilidade ao Melhor em Casa  Outro direcionamento