

50

Saúde da Família



PREFEITURA MUNICIPAL DE RODEIRO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 ESF I Dr. Mauri Alves de Azevedo
**ACOMPANHAMENTO DE MULHERES COM
 EXAME DE MAMOGRAFIA ALTERADA/ATRASSO**



ACS _____ MICRO _____ ANO _____

Nome: _____ _____ _____ _____	DN _____ _____ _____ _____	Cartão nacional de saúde: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Pont _____ _____	Endereço: _____ _____ _____ _____ _____	Exame em atraso () Sim () Não	Exame alterado () Sim () Não
Encaminhamentos/ações realizadas : _____ _____ _____ _____						

Nome: _____ _____ _____ _____	DN _____ _____ _____ _____	Cartão nacional de saúde: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Pont _____ _____	Endereço: _____ _____ _____ _____ _____	Exame em atraso () Sim () Não	Exame alterado () Sim () Não
Encaminhamentos/ações realizadas : _____ _____ _____ _____						



SUS - Sistema Único de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde
Rodeiro - MG



12

300

Jelocar

7

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE _____

_____, NÃO PODERÁ

COMPARECER AO SERVIÇO NO PERÍODO DE _____,

DIAS, A PARTIR DESTA DATA POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID: _____

RODEIRO ____/____/____

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
RODEIRO/MG
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

13

ATESTADO ODONTOLÓGICO

10
Jilerson
100x1

Atesto para devidos fins que, _____

esteve neste

Centro de Saúde no dia ____/____/____ às _____ horas a
fim de executar seu tratamento odontológico.

Rodeiro ____/____/____

Carimbo e Assinatura do Dentista



PREFEITURA MUNICIPAL DE RODEIRO

CNPJ: 18.128.256/0001-44

Fone: (32) 3577-1173 - Fax: (32) 3577-1309

Praça São Sebastião, 215 - Centro - Cep 36510-000 - Rodeiro - MG

14

Fornecedor: _____

End.: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Fone: _____

Quant.	Discriminação dos Produtos	Valor Unit.	Valor Total
	LITROS DE GASOLINA		
	LITROS DE ÓLEO DIESEL		
	LITROS DE ÓLEO DIESEL S10		
	LAVAGEM GERAL		
	SERVIÇOS DE PNEU		

PLACA: _____ TOTAL RS _____

Ass. do Comprador _____ Data _____

16

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

Secretaria Municipal de Saúde de Rodeiro
CNPJ. 18.128.256/0001-44
Rua Carlos Gravina Martins, 25
CEP 38510-009 - Rodeiro - MG

UF MG 18 194701
Número

Especialidade Farmaceutica

Nome

B Quantidade e Apresentação

Forma Farm/Concetr,p/unid.poaolog

Data ____/____/____

Paciente: _____

Assinatura _____

Identificação do Comprador

Nome _____

Endereço _____

Ident N° _____ Órgão Emissor _____ Telefone _____

Identificação do Fornecedor

Nome _____ Data _____

MODELO GRÁFICA EDITORA LTDA-ME. - Avenida José Leonardo, 288 - B. Leonardo - Cataquases - MG - Tel. (32) 3421-8058 - CNPJ 07.137694/0001-52
40 bis 100X1 Numeração de 18194301 a 18198300 - Autorização Visa nº 163/2017 em 05/12/2017 - Impresso em 12/2017.

16

FOLHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

17

80

Nome:

Data Nasc:

E. Civil:

Profissão:

Endereço:

Tel.:

Filiação:

País:

Mãe:

Large empty lined area for clinical notes.

18

20 Maio 198

MINISTÉRIO DA SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF, CNES da Unidade de Saúde, N° Protocolo, Unidade de Saúde, Município, Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*, Nome Completo da Mulher*, Nome Completo da Mãe*, CPF, Data de Nascimento*, Mãe, Apêlido da Mulher, Nacionalidade, Raça/cor, Dados Residenciais, Número, Complemento, Bairro, UF, CEP, DDD, Telefone, Ponto de Referência, Escolaridade

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*, 2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*, 3. Usa DIU?*, 4. Está grávida?*, 5. Usa pílula anticoncepcional?*, 6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*, 7. Já fez tratamento por radioterapia?*, 8. Data da última menstruação / regra?*, 9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*, 10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*

EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo*, 12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?*

NOTA: Na presença do colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.

Data da coleta*, Responsável*

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

18

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório* _____ Número do Exame* _____
 Nome do Laboratório* _____ Recebido em: _____

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

- Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
- Lâmina danificada ou ausente
- Causas alheias ao laboratório, especificar: _____
- Outras causas, especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA: *

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*

- Satisfatória
- Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:
 - Material acalazar ou hipocelular em menos de 10% de esfregaço
 - Sangue em mais de 75% do esfregaço
 - Flocos em mais de 75% do esfregaço
 - Artelatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço
 - Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
 - Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
- Outros, especificar: _____

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

- Sim Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- Inflamação
- Metaplasia escamosa imatura
- Reparação
- Atrofia com inflamação
- Radiação _____
- Outros, especificar: _____

MICROBIOLOGIA

- Lactobacillus sp
- Cocos
- Sugestivo de Chlamydia sp
- Actinomyces sp
- Candida sp
- Trichomonas vaginalis
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes
- Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)
- Outros bacilos: _____
- Outros, especificar: _____

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

- Escamosas: Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
 Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)

- Glandulares: Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau

- De origem indefinida: Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- Carcinoma epidermóide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- Adenocarcinoma "in situ"
- Adenocarcinoma invasor: Cervical
 Endometrial
 Sem outras especificações

OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____

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

Observações Gerais: _____

Screening pelo citotécnico: _____

Responsável* _____

Data do Resultado* _____



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

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 <input type="checkbox"/> Feml <input type="checkbox"/>	8 - RAÇA/COR
9 - NOME DA MÃE	10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
11 - NOME DO RESPONSÁVEL	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	16 - UF	17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

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

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	37 - CID 10 PRINCIPAL	38 - CID 10 SECUNDÁRIO	39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
40 - OBSERVAÇÕES			

SOLICITAÇÃO

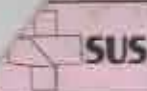
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	42 - DATA DA SOLICITAÇÃO	43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
43 - DOCUMENTO () CNS () CPF	44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - Cód. ORGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

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



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 FRONTUÁRIO _____

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

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

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

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

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

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

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

40 - OBSERVAÇÕES _____

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____ 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) _____

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

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

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

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____ 52 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

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

7 - Mamografia diagnóstica

7a. Achados no exame clínico

Mama direita

Lesão papilar Descarga papilar Cristalina
 Hemorrágica

Nódulo:
 Localização
 QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:
 Localização
 QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo palpável Axilar Supraclavicular

Mama esquerda

Lesão papilar Descarga papilar Cristalina
 Hemorrágica

Nódulo:
 Localização
 QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:
 Localização
 QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo palpável Axilar Supraclavicular

7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita	nódulo	Mama esquerda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	distorção focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	linfonodo axilar	<input type="checkbox"/>

7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita	nódulo	Mama esquerda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	distorção focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	linfonodo axilar	<input type="checkbox"/>

7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

Mama direita
 Mama esquerda

7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mama direita	Categoria 3	Mama esquerda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Categoria 0	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Categoria 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Categoria 4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Categoria 5	<input type="checkbox"/>

7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno

Mama direita	nódulo	Mama esquerda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	distorção focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Linfonodo axilar	<input type="checkbox"/>

8 - Mamografia de rastreamento

8a. População alvo 8b. População de risco elevado (história familiar) 8c. Paciente já tratada de câncer de mama

Data de solicitação* Responsável*

____/____/____ _____

Número do Exame: _____ Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica

7a - Achados no exame clínico

Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)

7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS®)

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

7c - Lesão com diagnóstico de câncer

Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológica, mas antes do tratamento

7d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação de resposta

7e - Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de outra instituição nas categorias 0,3,4 e 5 para revisão de resultado

7f - Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de biópsia de fragmento ou PAAF de lesões benignas

8 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 35 anos com histórico familiar (População de risco elevado - história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

Localizações:
QSL - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQlat - União dos quadrantes laterais
UQsup - União dos quadrantes superiores

UQinf - União dos quadrantes inferiores
UQmed - União dos quadrantes mediais
RRA - Região retroareolar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)
PA - Prolongamento axilar
NR - Não realizado

SISPRENATAL N.:

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

Data do atendimento: ____/____/____

DADOS DO ESTABELECIMENTO

1 Município do atendimento

2 Código do IBGE

3 Sigla da UF

4 Nome do Estabelecimento de Saúde

5 Código CNES

6 N° área

7 N° microárea

8 Nome do profissional

CBO

9 Cartão nacional de saúde - CNS profissional

DADOS PESSOAIS

10 N° do cartão nacional de saúde-CNS da gestante

11 N° inscrição social - NIS

12 Nome da gestante

13 Data nascimento: ____/____/____

14 Nome da mãe da gestante

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

16 Nome Representante familiar: (se menor incapaz)

17 N° NIS

18 Município de residência:

19 UF

19 Código IBGE

20 Logradouro: (Rua avenida)

21 Bairro:

22 N°

23 Complemento

24 Ponto de referência

25 CEP

Zona: 1-urbana/ 2- rural/ 3- periurbana/ 9 ignorado Nacionalidade: 1 - brasileira / 2 - estrangeira Reside no Brasil: 1 - sim / 2 - não

26 Telefone fixo

27 Celular

28 E-mail:

29 Escolaridade

30 Estado civil/união

31 Raça/cor (por autodeclaração):

(1) Analfabeto
(2) 1ª a 4ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau)
(3) 4ª série completa do EF (anexo primário ou 1º grau)
(4) 5ª a 8ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau)
(5) Ensino fundamental completo (anexo primário ou 1º grau)
(6) Ensino médio incompleto (anexo colegial ou 2º grau)
(7) Ensino médio completo (anexo colegial ou 2º grau)
(8) Educação superior incompleta
(9) Educação superior completa (9) ignorado (10) não se aplica

(1) brnca
(2) preta
(3) amarela
(4) parda
(5) indígena
(6) ignorado

PREENCHER COM APENAS UM DOS DOCUMENTOS

32 Nome do cartório:

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

34 Livro:

35 Folha:

36 Termo

37 Data de emissão:

38 Identidade:

39 Data de emissão

40 Órgão Emissor:

41 UF:

42 Carteira de trabalho:

43 Série

44 UF:

45 CPF:

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

Consulta do: [1] - 1º Trimestre [2] - 2º Trimestre [3] - 3º Trimestre [9] - Ignorado

NÃO SIM

ACOLHIMENTO

46 DUM

47 DPP

48 Altura/cm

49 Peso/gramas

50 Precisa de auxílio deslocamento

51 Semanas da gestação, se DUM ignorada.

52 Tipo de gravidez:
 Única
 Gêmear
 Tripla ou mais
 Ignorada

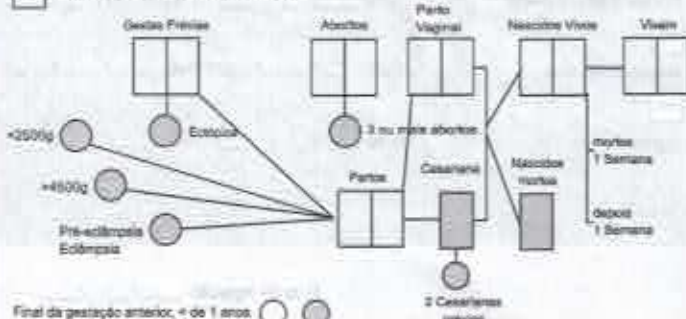
53 Gravidez Planejada: NÃO SIM

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

55 Data do ultrassom: ____/____/____

56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

ANTECEDENTES CLÍNICOS



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

SISPRENATAL: _____

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE - Continuação

Data do atendimento: ____/____/____

GESTAÇÃO ATUAL	57 Trabalho de parto prematuro	NÃO <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/>	Rotura prematura de membranas	NÃO <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/>	Diabetes Gestacional	NÃO <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/>	Hemorragia 1º Trim.	NÃO <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/>
	Isomunização RH	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Incontinência Istmo-Cervical	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Sa. sim: Insulina	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Hemorragia 2º Trim.	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
	Infeção urinária	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	HIV/AIDS	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Pré-Eclâmpsia	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Hemorragia 3º Trim.	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
	Oligo/polidrâmnio	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Cigarros	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Eclâmpsia	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Hipertensão em uso de medicamento	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
	Alcool	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Drogas	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Violência doméstica	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Pós-Daltiano	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
	Cardiopatia	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	CIUR	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>				

SITUAÇÃO VACINAL	58 Situação da vacina antitetânica	[1] Não vacinado <input type="checkbox"/> [2] Imunizada a menos de 5 anos <input type="checkbox"/> [3] Imunizada a mais de 5 anos <input type="checkbox"/> [4] Vacinação incompleta <input type="checkbox"/> [9] Ignorado <input type="checkbox"/>	INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____ 2ª ____/____/____ 3ª ____/____/____ Reforço ____/____/____	59 Hepatite B	[1] Sim <input type="checkbox"/> [2] Não <input type="checkbox"/> [9] Ignorado <input type="checkbox"/>	INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____ 2ª ____/____/____ 3ª ____/____/____	60 INFLUENZA	[1] Sim <input type="checkbox"/> [2] Não <input type="checkbox"/> [9] Ignorado <input type="checkbox"/>	DATA ____/____/____
------------------	------------------------------------	--	---	---------------	---	---	--------------	---	---------------------

61 Unidade de referência pré-natal de alto risco: _____ Código CNES: _____

62 Realizado Atendimento odontológico: [1]- Sim [2]- Não [9]- Ignorado

63 Participação em atividade educativa: [1]- SIM - DATA: ____/____/____ [2]- NÃO

64 Realizou visita à maternidade: [1]- SIM - DATA: ____/____/____ [2]- NÃO

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

EX. DE ROTINA	69 Tipagem Sanguínea e Fator RH negativo	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____	70 Hemoglobina HB < 11g/dl	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____
	71 Glicemia de Jejum maior que 95mg/dL	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____	72 VDRL+	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____
	73 Sorologia+ p/ Hep.B (HBsAg)	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____	74 Toxoplasmose	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____
	75 Urina, Alteração?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____	IgG Positivo?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____
	77 Anti-HIV Positivo?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____	IgM Positivo?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____
	79 Ultrassom Obstétrico	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____	76 Urocultura Positiva?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____

78 Outros Informar: _____

EX. ADICIONAIS	80 Coombs Indireto positivo	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____	81 Eletroforese de Hemoglobina alterada.	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____
	82 Parasitologia de Fezes+	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____			
	83 TOT alterado	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____			

EX. EXAMES ESPECIAIS	84 Contagem de Plaquetas	Data: ____/____/____	85 Dosagem de Acido Úrico	Data: ____/____/____
	86 Dosagem de Uréia	Data: ____/____/____	87 Dosagem de Creatinina	Data: ____/____/____
	88 Dosagem de Proteína Urina 24h	Data: ____/____/____	89 Eletrocardiograma	Data: ____/____/____
	90 Ultrassom Obstétrico com Doppler	Data: ____/____/____	91 Outros	Data: ____/____/____
	92 Cardiocintigrafia	Data: ____/____/____		

SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO



19

1 - Município de Origem - Rodeiro

2 - DRS - Ubá

3 - Nº 47867

PACIENTE	4 - Nome		5 - Identidade	6 - CPF
	7 - Residência	Fone	CEP	
	8 - Profissão:		9 - Data de Nascimento	
	10 - Filiação / Pai:		Mãe:	
ACOMPANHANTE	11 - Nome		12 - Identidade	
	13 - Residência	Fone	CEP	14 - Relação c/ o Paciente
15 - Histórico da Doença Atual				
16 - Exame Físico				
17 - Diagnóstico				
CID				
18 - Exame(s) complementar(es) realizado(s) - Anexar Cópias				
19 - Tratamento(s) realizado(s)				
20 - Tratamento / Exame Indicado				
21 - Justificar as razões que impossibilitam a realização do tratamento / Exame na localidade.				
22 - Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente				
23 - Justificar em caso de necessidade de acompanhante				
24 - Transporte recomendável			Justificar	
25 - Outras anotações				

LOCAL E DATA

MÉDICO ASSISTENTE

26 - Parecer do médico da Secretaria Municipal de Saúde

 AUTORIZADO COM ACOMPANHANTE

 NEGADO SEM ACOMPANHANTE

TIPO DE TRANSPORTE

200 J. L. S. 19

SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO



1 - Município de Origem - Rodeiro

2 - DRS - Ubá

3 - Nº 47867

PACIENTE	4 - Nome		5 - Identidade	6 - CPF
	7 - Residência		Fone	CEP
	8 - Profissão:		9 - Data de Nascimento	
ACOMPANHANTE	10 - Filiação / Pai:		Mãe:	
	11 - Nome		12 - Identidade	
13 - Residência		Fone	CEP	14 - Relação c/ o Paciente

15 - Histórico da Doença Atual

16 - Exame Físico

17 - Diagnóstico

CID

18 - Exame(s) complementar(es) realizado(s) - Anexar Cópias

19 - Tratamento(s) realizado(s)

20 - Tratamento / Exame Indicado

21 - Justificar as razões que impossibilitam a realização do tratamento / Exame na localidade.

22 - Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente

23 - Justificar em caso de necessidade de acompanhante

24 - Transporte recomendável

Justificar

25 - Outras anotações

LOCAL E DATA

MÉDICO ASSISTENTE

26 - Parecer do médico da Secretaria Municipal de Saúde

 AUTORIZADO COM ACOMPANHANTE

 NEGADO SEM ACOMPANHANTE

TIPO DE TRANSPORTE

23

23

E. M. "Professor Arthur Nunes de Medeiros"

Rua Sebastião Contin, 315 - Centro - Rodeiro - MG

Tel.: (32) 3577-1771

Ensino Fundamental

Boletim - Ano _____

Aluno(a): _____

Professor(a): _____

_____ Ano Turma _____ Turno _____

“ O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada,

23

Escola Municipal: E. M. "Professor Arthur Nunes de Medeiros"

Aluno(a): _____

_____ Ano Escolar - Professor(a): _____

Disciplinas	1º Bimestre	2º Bimestre	3º Bimestre	4º Bimestre	Resultado Final
Língua Portuguesa					
Arte					
Educação Física					
Matemática					
Ciências					
História					
Geografia					
Ensino Religioso					
Inglês					
Produção Textual					
Hábitos e atitudes do(a) aluno(a)	(S) SIM	(N) NÃO	(AV) ÀS VEZES		
Interesse e Participação nas atividades em sala de aula					
Responsabilidade com tarefas					
Disciplina / Comportamento					
FALTAS					

OBSERVAÇÕES:

A = Alcançou com êxito os objetivos de estudo.
B = Alcançou parcialmente os objetivos de estudo.
C = Com mais esforço conseguirá alcançar os objetivos de estudo.

Assinatura do Responsável:

1º Bimestre: _____

2º Bimestre: _____

3º Bimestre: _____

4º Bimestre: _____

3.000 unidades

(25)

02

PREFEITURA MUNICIPAL DE
RODEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE



CARTÃO DO DIABÉTICO

Nome: _____

Cadastro Nº _____

End.: _____

Agente comunitário: _____

3.000 unidades

25

02

PREFEITURA MUNICIPAL DE
RODEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE



CARTÃO DO DIABÉTICO

Nome: _____

Cadastro Nº _____

End.: _____

Agente comunitário: _____

26

4.000 unidades

09

PREFEITURA MUNICIPAL DE
RODEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE

**CARTÃO DO
HIPERTENSO**

Nome: _____

Cadastro Nº _____

End.: _____

Agente comunitário: _____

27

07
7.000

Secretaria Municipal
de Saúde

Tel.: (32) 3577-1335

Travessa D. Ciloca Bittencourt nº 26
B. Rosário - Rodeiro-MG



FISIOTERAPIA
CENTRO DE SAÚDE

(28)

4000 unidades

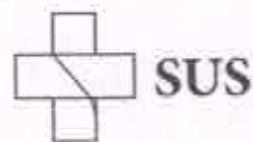
03

ATENÇÃO:

Só será entregue o medicamento
com a apresentação do
Cartão e da Receita

PREFEITURA MUNICIPAL DE RODEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE



CARTÃO DA SAÚDE MENTAL

Nome: _____

Cadastro Nº: _____

End.: _____

Fil.: Pai: _____

Mãe: _____

Agente comunitário: _____



SUS - Sistema Único de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde
Rodeiro - MG



36

200 blocos

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

9

Declaro para fins _____
que o(a) paciente _____
_____ esteve nesta Unidade Básica de Saúde
para atendimento _____, no período de _____ às _____,
da presente data.

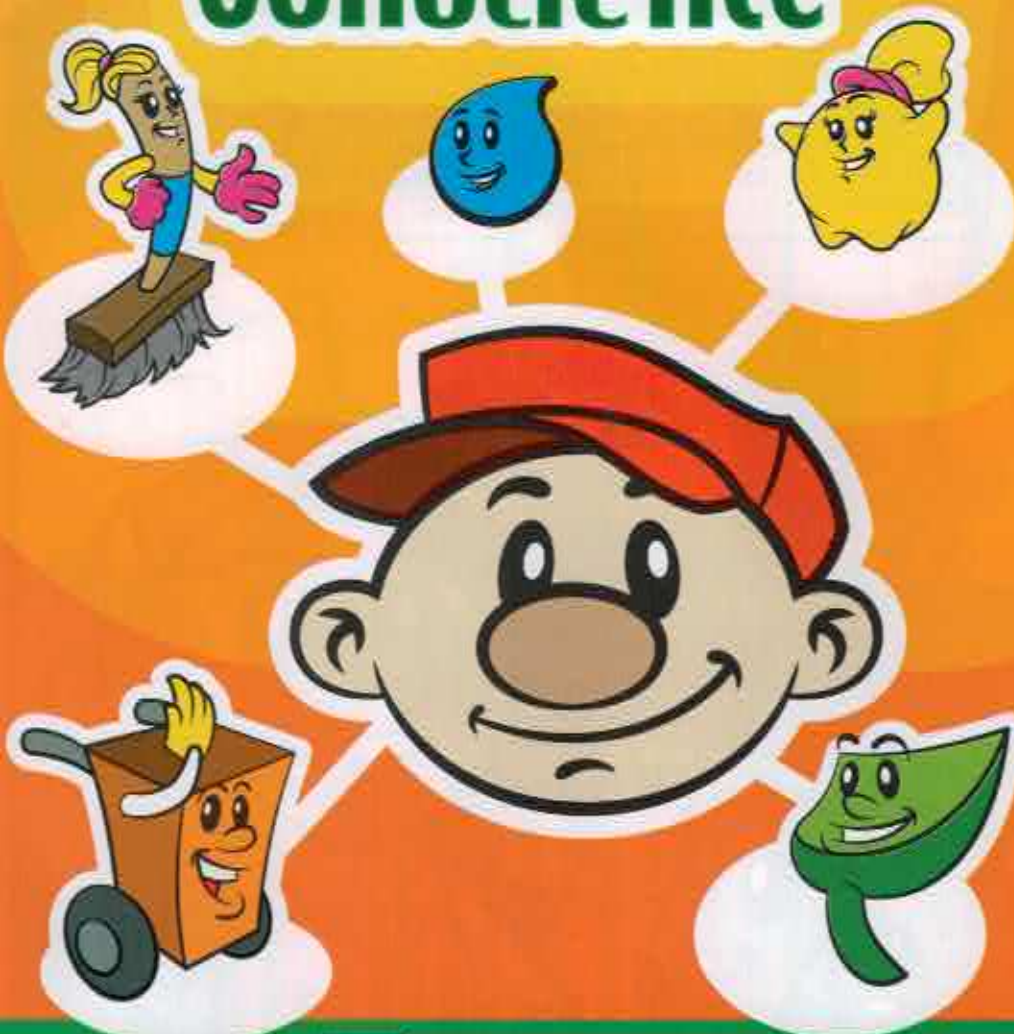
Rodeiro, ____/____/____.

Carimbo e Assinatura do Médico

(34)

2ª
EDIÇÃO

Turma Consciente



Prefeitura Municipal de Rodeiro
Administração 2013 / 2016.

35

CONCLUINTES - 2019



5º ANO DO ENSINO FUNDAMENTAL



(Handwritten signature)

Eu _____ e demais concluintes do 5º. ano do Ensino Fundamental 2015 da E. M. Prof. Art Nunes de Medeiros, convidamos você e seus familiares para a entrega de certificados

Turno da Manhã - 10 de Dezembro de 2015
Turno da Tarde - 11 de Dezembro de 2015
às 19:00 horas, no Salão de Festas da Escola.

Agradecimentos:

A Deus

Estamos alegres porque grandes coisas o Senhor fez por nós! Dedicamos como filhos amados para que continue nos conduzindo por caminhos de paz, sucesso e honestidade. Agradecemos por este momento tão belo.

Aos Pais

Obrigado por minha criação e educação, obrigado por ter me dito um dia que, tudo que se faz, deve ser feito com amor e dedicação. Obrigado por me dizer que só grandes e boas palavras não bastam, mas que é preciso grandes exemplos. A vocês, hoje e sempre, o meu amor, carinho e meu beijo!

Aos Funcionários

Existem coisas que não se pagam com dinheiro, mas com um sorriso, atenção, um muito obrigado. Agora chegou o momento de agradecermos a todos que durante estes anos nos ajudaram.

Aos Mestres

A vocês um agradecimento especial por terem alimentado nossa vontade de aprender. Pela paciência que tiveram conosco. Pela dedicação e carinho. Pedimos que desculpem pelas nossas bagunças e travessuras. Não esquecer de lembrar com carinho dos momentos alegres, das coisas que juntos vivemos e da amizade que construímos.

Professores

*Antonina Silva Azevedo Andrade
 Elenilda Peixoto da Silva Modesto
 Elisângela Aparecida de Melo Nogueira
 Roberto Bruno Teixeira de Oliveira
 Educação Física: Talles Costa e Souza
 Walassy Vieira Sandi
 Inglês: Leandra Xavier Fialho*



MUNICÍPIO DE RODEIRO

Praça São Sebastião, 215 - Centro - Rodeiro - MG

CEP: 36.510-000 CGC: 18.128.256/0001-44

PABX: (32) 3577-1173

www.rodeiro.mg.gov.br

T



MUNICÍPIO DE RODEIRO

Praça São Sebastião, 215 - Centro - Rodeiro - MG

CEP: 36.510-000 CGC: 18.128.256/0001-44



PABX: (32) 3577-1173

www.rodeiro.mg.gov.br

38

39

300
mm

 Saúde da Família	PREFEITURA MUNICIPAL DE RODEIRO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ESF I Dr. Mauri Alves de Azevedo ÓBITOS	
--	--	---

26

Mês _____ Ano _____

MICROÁREA: _____ ACS _____	OBSERVAÇÕES
NOME :	
ENDEREÇO :	
DATA DE NASCIMENTO: _/_/_	
Data do óbito : _/_/_	
MOTIVO DO ÓBITO: _____	

MICROÁREA: _____ ACS _____	OBSERVAÇÕES
NOME :	
ENDEREÇO :	
DATA DE NASCIMENTO: _/_/_	
Data do óbito : _/_/_	
MOTIVO DO ÓBITO: _____	

MICROÁREA: _____ ACS _____	OBSERVAÇÕES
NOME :	
ENDEREÇO :	
DATA DE NASCIMENTO: _/_/_	
Data do óbito : _/_/_	
MOTIVO DO ÓBITO: _____	

FICHA DE ATENDIMENTO ESP PREFEITO JESUS PASCHOALINO

40

40

Nº de Ordem: Data do Atendimento: *Julhos*

Nome do Paciente: *17*

Data de Nascimento: SUS:

Endereço:

Bairro: Município:

Assinatura do paciente/responsável:

Observações:

(43)

000
mm

23

ESF-01/CENTRO
FOLHA DE ROSTO - PRONTUÁRIOS

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

CADASTRO: _____

PATOLOGIAS	MEDICAMENTO EM USO

(43)

ASSINATURA DA ACS: _____



44

27

1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____

Data Nasc.: ___/___/___ Sexo: _____ Profissão: _____

Filiação: _____

Estado Civil: _____

Endereço: _____

Unidade de saúde: _____

CNS: _____ TEL: _____

Classificação de Risco: _____ Prontuário: _____ ACS: _____

Início do tratamento: ___/___/___ Término do tratamento: ___/___/___

Profissional: _____

2- ANAMNESE

QUESTÕES	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
É HIPERTENSO E/OU FAMÍLIA?			
É DIABÉTICO E/OU FAMÍLIA?			
POSSUI PROBLEMAS CARDÍACOS?			
É ALÉRGICO A ALGUM MEDICAMENTO?			
FOI INTERNADO RECENTEMENTE?			
ESTA GRÁVIDA OU AMAMENTANDO?			
ALGUM OUTRO PROBLEMA DE SAÚDE?			
FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO?			
TEM ANEMIA?			
É FUMANTE?			

45

Orientações sobre a prótese nova

Equipe de Saúde bucal

14

- A prótese nova pode provocar pequenas ulcerações (machucados) na gengiva. Quase sempre é necessário realizar ajustes posteriores, pois lembrando que, as próteses são confeccionadas em material rígido (duro) e o tecido da gengiva é muito delicado e sensível.
- Quando ocorrer qualquer dúvida, procure a equipe de saúde bucal para que possamos realizar os devidos procedimentos.
- A prótese inferior leva quatro vezes mais tempo que a superior para se acostumar com ela, devido à presença da língua e dos movimentos mastigatórios que a mandíbula exercita.
- No início deve-se comer alimentos macios e cremosos, mastigando vagorosamente e por igual, a fim de controlar a prótese e a pressão nas gengivas ao comer.

- Falar nas primeiras horas será um pouco mais difícil, a sensação de boca cheia fará com que o som das palavras seja pronunciado de forma que não se soam bem, mas este desconforto irá diminuir com frequência em que você praticar a fala.

Como proceder na higienização das próteses

- Nunca escovar as próteses na boca.
- Retirar a prótese sempre após cada refeição para escová-las.
- Utilizar uma escova de dente para remover todos os restos de alimentos da prótese.
- Não se deve dormir com elas, pois a mucosa da boca necessita de descanso.
- Ao deitar-se retirar a prótese, colocá-la dentro de um pote com tampa, com um pouco de água e duas gotinhas de água sanitária. Antes de colocá-la novamente, enxaguar em água corrente.

(46)

Prefeitura



Dra. Letícia Martins de Paiva

Cirurgiã Dentista
CROMG 48267

13

RECOMENDAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

- 1- Não fazer bochechos fortes ou cuspir nos primeiros 4 dias;
- 2- Em caso de sangramento, morder uma gaze;
- 3- Fazer compressas de gelo na região operada nas primeiras 24 horas;
- 4- Repouso nas primeiras 72 horas;
- 5- Dormir com a cabeça elevada nas primeiras 24 horas;
- 6- Evitar: permanecer em local quente, exposto ao sol, atividade física, carregar peso, fumar, baixar a cabeça por 4 dias;
- 7- Dieta fria e líquida nas primeiras 24 horas (Caldo frio, sorvete, milk shake, vitamina, gelatina, danone, sucos, etc);
- 8- Dieta morna e pastosa no segundo e terceiro dia (purê de batata, macarrão, arroz amassado com feijão, etc);
- 9- Manter dieta pastosa até remoção da sutura (pontos);
- 10- Escovar os dentes normalmente, com cuidado na região operada;
- 11- Utilizar o colutório indicado, de acordo com a prescrição;
- 12- Tomar a medicação prescrita seguindo os horários corretamente;
- 13- Em caso de edema, fazer compressas quentes na região depois do terceiro dia da cirurgia;
- 14- Qualquer dúvida, entrar em contato

Rodeiro, ___/___/___.



Prefeitura

Municipal de

Rodeiro

47

5.000
Unidades



**SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RODEIRO**



NOME DO PACIENTE	VALIDADE
EXAMES	LOCAL
MATERIAL A EXAMINAR	
EXAME SOLICITADO	
LOCAL E DATA	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE RODEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESF I Dr. Mauri Alves de Azevedo

Gestantes



ACS _____ MICRO _____ ANO _____

Nome: _____ DN _____

Cartão nacional de saúde: _____

Calendário vacinal: _____

Pont _____

Numero SISPRENATAL: _____

DUM: _____

DPP _____

Data do Puerpério _____

DATA ACOMPANHAMENTO PELAS ACS		DATAS DO PRÉ-NATAL							Fatores de risco													
JAN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	() Diabetes	() usuário de álcool
																					() Hipertensão	() HIV/AIDS
																					() Menor de 20 anos	() Edema
																					() Sangramento	() 06 ou mais gestações
																					() Hemorragia	
																					() 36 anos ou mais	

Observações:

Ações desenvolvidas

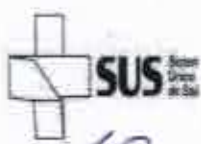
49



Prefeitura
Municipal
de
Rodeiro

Guia de Referência

UBS- Unidade Básica de Saúde



12

01-DADOS DA UNIDADE		
Nome da unidade solicitante		
Da clínica	Para clínica (Especialidade)	
02- DADOS DO PACIENTE		
Nome do paciente:		
Sexo: () Masculino () Feminino	Idade:	Prontuário na Unidade Básica
03- REFERÊNCIA		
Motivo do encaminhamento (incluem os dados de anamnese, exame físico, exames solicitados e diagnóstico):		
Dentista Solicitante (assinatura e carimbo)		Data:
04-CONTRA REFERÊNCIA		
Dentista (assinatura e carimbo)		Data:

(50)

10

Ulocos

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
LAUDO PARA USO DE ENTORPECENTES

10

Atesto para todos os fins, que: _____
Com _____ anos, natural de _____, Estado de _____, residente à Rua: _____
sendo portador de _____, e estando sob cuidados do
médico _____ CRM _____, o qual realiza atendimento à
Rua/Av _____ Telefone _____
necessita fazer uso prolongado do seguinte medicamento: _____ nas
dosagens de _____ durante aproximadamente _____

Baú de Poesias IV



ALUNOS DOS 5º ANOS DO ENSINO FUNDAMENTAL
ESCOLA MUNICIPAL PROFESSOR ARTHUR NUNES DE MEDEIROS
RODEIRO - MG / 2015

54

300
mm



PREFEITURA MUNICIPAL DE RODEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESF I Dr. Mauri Alves de Azevedo



25

NOTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Mês _____ Ano _____

MICROÁREA: _____ ACS _____	OBSERVAÇÕES
NOME :	
ENDEREÇO :	
DATA DE NASCIMENTO: _/_/_	
Data da internação : _/_/_	
MOTIVO Da internação :	

MICROÁREA: _____ ACS _____	OBSERVAÇÕES
NOME :	
ENDEREÇO :	
DATA DE NASCIMENTO: _/_/_	
Data da internação : _/_/_	
MOTIVO Da internação :	

MICROÁREA: _____ ACS _____	OBSERVAÇÕES
NOME :	
ENDEREÇO :	
DATA DE NASCIMENTO: _/_/_	
Data da internação : _/_/_	
MOTIVO Da internação :	



Saúde da Família

PREFEITURA MUNICIPAL DE RODEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESF I Dr. Mauri Alves de Azevedo
PESSOAS COM NECESSIDADE DE USO DE ÓRTESE/PRÓTESE
OU OUTRO MEIO AUXILIAR DE LOCOMOÇÃO



ACS _____ MICRO _____ ANO _____

Nome:	DN	Cartão nacional de saúde:	Pont	NECESSIDADE	
				ÓRTESE	PRÓTESE
J F M A M J J A S O N D A E A B A J J A G E T O N N V R R I U U L O T U O V Z Data do acompanhamento ao usuário		() ACAMADO () DOMICILIADO	Encaminhamentos/ ações realizadas		

Nome:	DN	Cartão nacional de saúde:	Pont	NECESSIDADE	
				ÓRTESE	PRÓTESE
J F M A M J J A S O N D A E A B A J J A G E T O N N V R R I U U L O T U O V Z Data do acompanhamento ao usuário		() ACAMADO () DOMICILIADO	Encaminhamentos/ ações realizadas		



PREFEITURA MUNICIPAL DE RODEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

(62)

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

400
Inices
S

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



PREFEITURA MUNICIPAL DE RODEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

62

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



SUS - Sistema Único de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde
Rodeiro - MG



8/1300

500

blanca

06



RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

No imóveis trabalhados por tipo				No imóveis			No depósitos inspecionados por tipo								
Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total	TB	PE	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

Depósitos															
Tratadas															
Educação	Lançamento (1)		Lançamento (2)		Lançamento (3)		Lançamento (4)		Adução						
	Outro	Outro	Outro	Outro	Outro	Outro	Outro	Outro							

RESUMO DO LABORATORIO															
No e seq. dos quartelões com Aedes aegypti															

No depósitos com espécimes por tipo															
com Aedes aegypti	com Aedes albopictus	outros	No de imóveis com espécimes, por tipo					No de exemplares							
			R	C	TB	PE	O	Total	Larvas	Pupas	Exovas de pupa	Adultos			

A1 - casa d'agua (olivado)
 D1 - Pneu e outros materiais rodantes
 A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (balco)
 D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, embalhas
 TB - terreno baldio PE - Pente Estratêico
 R - Pequenos depósitos móveis C - Depósitos fixos
 E - Depósitos naturais
 com Aedes aegypti
 com Aedes albopictus
 outros
 TB - terreno baldio PE - Pente Estratêico
 Assinatura:

FA001 - verso - 30/08/2006 v.2

Data da entrada: _____

Data da conclusão: _____

Laboratório: _____



Laboratorista: _____

Assinatura: _____

RECEBIMOS DO SENHOR VALDEMIR
 SECRETÁRIO EXECUTIVO DE COLHEITA DE TB - TBICO

300
mm

73

 <p>Saúde da Família</p>	<p>PREFEITURA MUNICIPAL DE RODEIRO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ESF I Dr. Mauri Alves de Azevedo</p> <p><u>USUÁRIOS CADASTRADOS NO PROGRAMA</u> <u>BOLSA FAMÍLIA</u></p>	
---	---	---

ACS _____ MICRO _____ ANO _____

NOME DO TITULAR	DN	NOME DOS DEPENDENTES	DN	ENDEREÇO
		_____	__/__/__	
		_____	__/__/__	
		_____	__/__/__	
		_____	__/__/__	
		_____	__/__/__	

NOME DO TITULAR	DN	NOME DOS DEPENDENTES	DN	ENDEREÇO
		_____	__/__/__	
		_____	__/__/__	
		_____	__/__/__	
		_____	__/__/__	
		_____	__/__/__	

(66)

NOME DO TITULAR	DN	NOME DOS DEPENDENTES	DN	ENDEREÇO
		_____	__/__/__	
		_____	__/__/__	
		_____	__/__/__	
		_____	__/__/__	
		_____	__/__/__	