



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Arte colorida



Item 31958

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que

portador do RG.: _____, foi submetido à
consulta médica nesta data, no horário das _____ horas,
sendo portador da afecção CID-10 _____.

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas
atividades laborativas por um período de ____ (_____)
dias a partir desta data.

Presidente Olegário/MG, ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr(a). _____, a registrar o
diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado
médico.

Assinatura do Paciente ou Responsável

70

cod. 463

04



MUNICÍPIO DE PRESIDENTE OLEGÁRIO-MG

CNPJ 18.602.060/0001-40

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Segurado _____

_____ portador da Carteira Profissional Nº _____

Série _____, necessita de _____ (_____) dias de

afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

C : _____

Localidade e Data: _____

Ass. do Médico: _____ CRM: _____

**PREFEITURA DE PRESIDENTE OLEGÁRIO-MG**

CNPJ 18.602.060/0001-40 - CNES: 01432

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO ODONTOLÓGICO

Atesto que o Segurado _____

_____ portador da Carteira Profissional Nº _____

Série _____, necessita de _____ (_____) dias de

afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Assinatura: _____

Localidade e Data: _____

Ass. Cirurgião Dentista: _____ CRO: _____

NOTA: Este atestado é válido para a justificativa do empregado perante a Empresa onde presta serviço, para o afastamento do trabalho, por motivo de doença. Aprovado pelo Decreto nº 83.080, de 24/01/79 - Portaria MPAS 1.722/79.

Item 2908



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PRESIDENTE OLEGÁRIO PROGRAMA PLANEJAMENTO FAMILIAR

Item 06

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Reg: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Referência: _____

Data Nasc.: ___/___/___ Est. Civil: _____ Sexo: Fem. Masc.

Inst: _____ Cor: _____ Religião: _____

Ocupação: _____

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Cônjuge: _____ Idade: _____

Est. Civil: _____ Instrução: _____

GRUPO FAMILIAR: _____ Maiores: _____ Menores: _____

| PESSOAS QUE TRABALHAM | VÍNCULO | IDADE | ESTADO CIVIL | INSTRUÇÃO | OCUPAÇÃO | SALÁRIO |
|-----------------------|---------|-------|--------------|-----------|----------|---------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

HABITAÇÃO

Casa: () Própria () Cedida () Aluguel - Construção: () Alvenria () Madeira () Pré-Fábrica

() Outros _____ N° de cômodos: _____ N° de Quartos: _____ N° de Camas: _____

Piso: _____ Água: _____ Luz: _____ Esgoto: _____

Rua Pavimentada: _____ Remoção de Lixo: _____

Por que procurou o planejamento familiar? _____

Como é a participação do companheiro(a) na escolha do método anticonceptivo?

Parecer Social

Assinatura Assistente Social: _____ Data: _____

Assinatura Cliente: _____ Data: _____



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRESIDENTE OLEGÁRIO
PROGRAMA PLANEJAMENTO FAMILIAR
Avaliação da Enfermagem**

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ PSF: _____ ACS: _____
 Data Nasc.: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Estado Civil: _____ Religião: _____ Instrução: _____
 Cônjuge: _____ Data Nasc.: _____
 Idade: _____ Instrução: _____ Religião: _____
 Est. Civil: _____ Profissão: _____

HISTÓRIA PESSOAL

Faz uso de medicamentos? Quais? _____
 Possui alguma doença (Diabetes, Hipertensão...)? _____

Tabagista? _____ Etilista? _____ PCCU: _____ Alergia: _____
 Métodos AC usados anteriormente _____
 Duração _____
 Por que parou? _____
 Método AC desejado _____
 Motivo _____

Há quanto tempo decidiu pelo método? _____

HISTÓRIA OBSTÉTRICA

G ___ P ___ A ___ Tipos de Parto: _____ Último parto ou
 aborto (tempo) _____ Abortos: provocados _____
 Espontâneos _____ Filhos vivos: _____ Filhos Adotivos: _____
 Observações: _____

Preenchido por: _____
 Ass do casal: _____

cod. 2910



PREFEITURA DE PRESIDENTE OLEGÁRIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANEJAMENTO FAMILIAR AVALIAÇÃO GINECOLÓGICA

Nome _____ Data de nascimento: _____ / _____ / _____

Menarca _____ duração do ciclo _____ Nº de dias do fluxo _____

Cólicas? _____ Data da última menstruação _____ Hipermenorréia _____

Hipomenorréia _____

Obs.: _____

EXAME FÍSICO

PA _____ Pulso _____ Altura _____ Peso _____

Exame físico segmentar de nota _____

EXAME GINECOLÓGICO

Mamas _____

Vagina _____ Períneo _____

Vulva _____ Bexiga _____

Anexos _____ Reto _____

Teste de Shiller _____

UTERO

Posição _____ Forma _____ Tamanho _____

Consistência _____ Superfície _____

Histerometria _____

Colposcopia _____

Colpocitologia _____

VDRL _____

Anticoncepcional indicado _____

Anticoncepcional iniciado (tipo e quantidade) _____

Observações: _____

cod. 2909

Item 09



PREFEITURA DE PRESIDENTE OLEGÁRIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANEJAMENTO FAMILIAR

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Nome: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade _____ Estado _____

DN: _____ Sexo _____ Just _____

EC () Casado () Solteiro () Divorciado () Desquitado () Outros

Ocupação _____

Conjuge _____ Idade _____

Est Civil _____ Instrução _____

Filhos _____ Idade _____

_____ Idade _____

_____ Idade _____

_____ Idade _____

Se casado quanto tempo? _____

Relacionamento conjugal _____

Motivo: _____

Método AC usado: _____

Tempo _____

Queixas _____

Auto avaliação _____

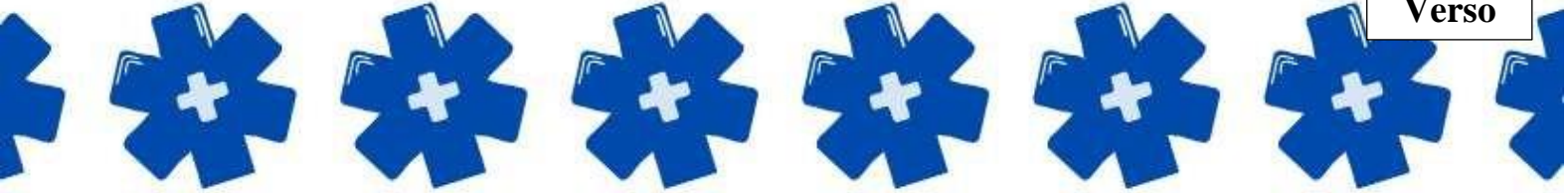
Parecer Psicológico _____

Assinatura Psicóloga _____ Data: ____/____/____

Atenção Primária

SAÚDE







presidenteolegario.mg.gov.br

Cod. 20942

12

Item 12

| Prefeitura de Presidente Olegário | | REQUISIÇÃO DE MATERIAL | | Nº | |
|--------------------------------------|---------|---------------------------|-------------|-----------|--|
| UNIDADE | | | SETOR | | |
| ESPECIFICAÇÃO | UNIDADE | DOSAGEM OU TIPO | QUANTIDADES | | |
| | | | PEDIDA | FORNECIDA | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| SOLICITANTE _____ / _____ / _____ _____ Ass. Chefia | FORNECEDOR _____ / _____ / _____ _____ Ass. Responsável |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

20

cod. 32258

| | | | | | | | |
|------------------------|-----------|------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| NOTIFICAÇÃO DE RECEITA | | NOTIFICAÇÃO DE RECEITA | | IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE | | Medicamento ou substância | |
| UF | NUMERO | UF | NUMERO | Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Olegário - MG Praça Afonso de Sá, 180 - Centro Presidente Olegário - MG CEP 38750-000 CNPJ: 18.602.060/0001-40 | | Quantidade e Forma Farmacêutica | |
| MG | 0721 0001 | MG | Nº 0721 0001 | | | Dose por Unidade Posológica | |
| B2 | | B2 | | | | Posologia | |
| <<SÉRIE B1>> | | <<SÉRIE B1>> | | Assinatura do Emitente | | CARIMBO DO FORNECEDOR | |
| de _____ de _____ | | de _____ de _____ | | Nome: _____ | | Nome do Vendedor _____ | |
| PACIENTE | | Paciente: _____ | | Endereço: _____ | | Data ____/____/____ | |
| MEDICAMENTO | | Enderço: _____ | | Telefone: _____ | | | |
| | | Orgão Emissor: _____ | | Identidade Nº: _____ | | | |

Numeração fixa não pode alterar

INICIAR A NUMERAÇÃO N°0721 0001



50 Folhas por bloco. Começa com
a numeração 0001 e terminara
com a numeração 2500

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

| No imóveis trabalhados por tipo | | | | | No imóveis | | | Pendência | | No depósitos inspecionados por tipos | | | | | | | | | |
|---------------------------------|----------|----|----|-------|------------|------------|----------------|-------------------|----------------|--------------------------------------|----------|----|----|---|---|----|----|---|-------|
| Residência | Comércio | TB | PE | Outro | Total | Tat. Focal | Tat. Perifocal | Inspe. concluidos | Recu. pendados | Recusa | Fechados | A1 | A2 | B | C | D1 | D2 | E | Total |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

TB - terreno baldio

PE - ponto estratégico

| Eliminado | Depósitos | | | | Adulticida |
|-----------|---------------|----------|---------------|---------------|------------|
| | Tratados | | Larvicida (2) | | |
| | Larvicida (1) | | Larvicida (2) | | |
| Tipo | Qtde (Gramas) | Qtde dep | Tipo | Qtde (Gramas) | Qtde dep |
| | | | | | |

RESUMO DO LABORATÓRIO

| No e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti | | | | | No e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus | | | | |
|---------------------------------------------|---|---|---|---|------------------------------------------------|---|---|---|---|
| / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |

| No depósitos com espécimes por tipo | | | | | | | No e de imóveis com espécimes, por tipo | | | | | No e de exemplares | | | | | |
|-------------------------------------|----|---|---|----|----|---|-----------------------------------------|---|---|----|----|--------------------|-------|--------|-------|----------------|---------|
| A1 | A2 | B | C | D1 | D2 | E | Total | R | C | TB | PE | O | Total | Larvas | Pupas | Exuvia de pupa | Adultos |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

A1 - Caixa d'agua (elevado)
D1 - Pneus e outros materiais rodantes

A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (banco)
D2 - Lixo (resíduos, plásticos, latas) sucatas entulhos

B - Penúrenos depósitos móveis
E - Depósitos naturais

TB - terreno baldio
PE - Ponto Estratégico

C - depósitos fixos

Data da entrada _____ Data da conclusão _____ Laboratório _____ Laboratorista _____ Assinatura _____

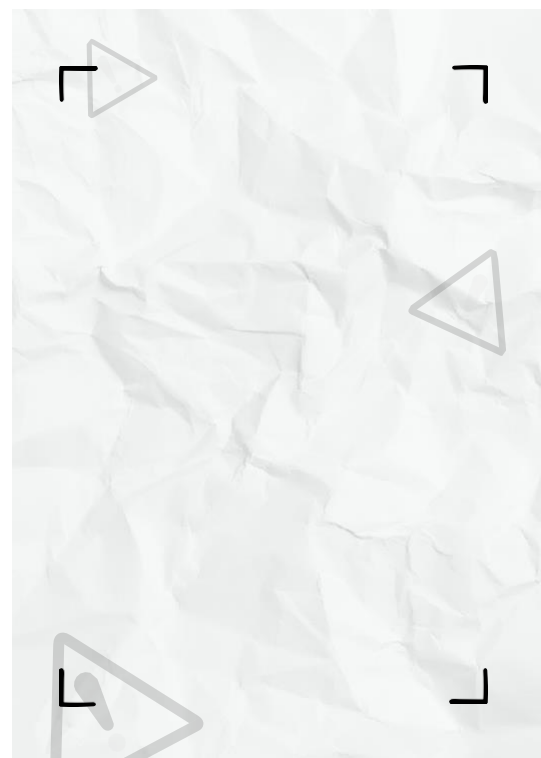
Handwritten mark



DENGUE



ESSA LUTA É DE TODOS NÓS. AJUDE A COMBATER.



ESPECIFICAÇÕES

PARA IMPRESSÃO:

- CAPA;
- CONTRA CAPA;
- Imprima todo o arquivo em frente e verso (com exceção da capa e contra capa);
- União de margem longa; • Posição de papel: retrato;
- Tamanho: 10cm alt x 7cm comp; • Total de páginas (miolo): 100;
- Total de páginas: 103 (incluindo capa, contra capa e verso).

JUNTOS PELA PREVENÇÃO DOS
ACIDENTES DE TRABALHO!



Especificações

PARA IMPRESSÃO

CAPA;

CONTRA CAPA;

IMPRIMA TODO O ARQUIVO EM FRENTE E VERSO (COM

EXCEÇÃO DA CAPA E CONTRA CAPA);

UNIÃO DE MARCEN LONGA;

POSIÇÃO DE PAPEL: RETRATO;

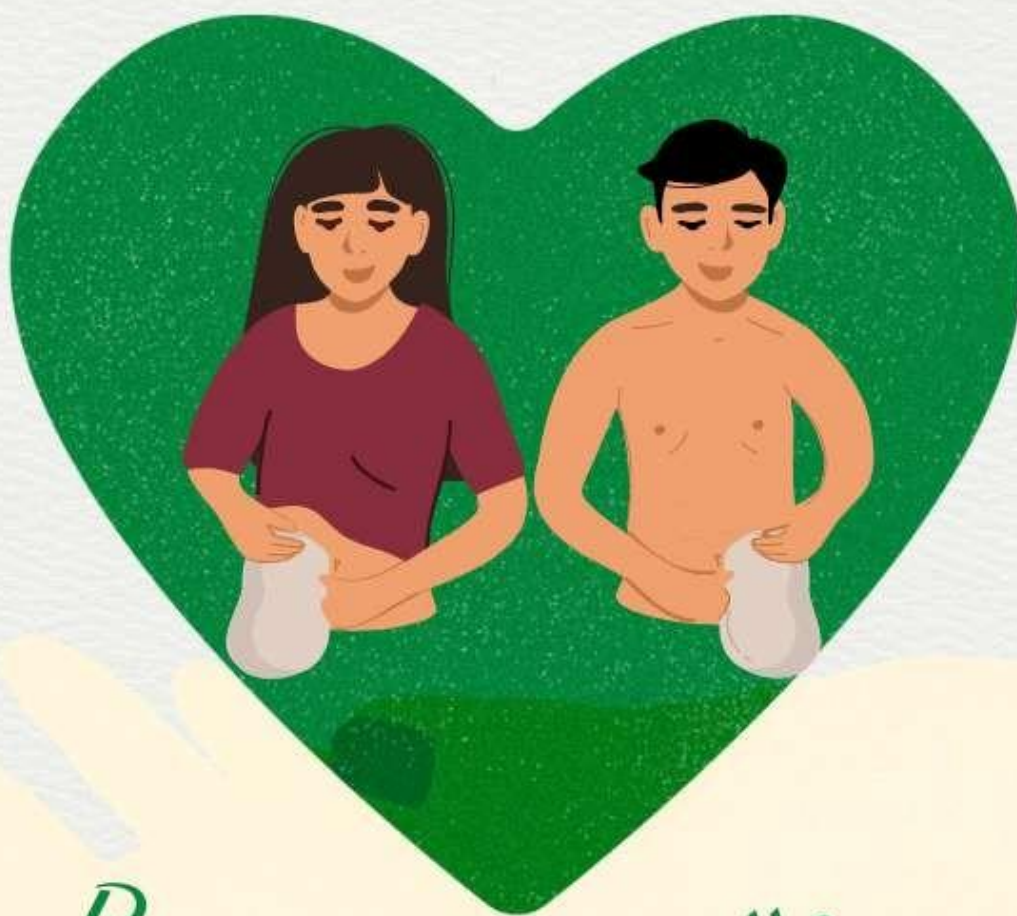
TAMANHO: 10CM ALT X 7CM COMP;

TOTAL DE PÁGINAS (MILO): 100;

TOTAL DE PÁGINAS: 103 (INCLUINDO CAPA, CONTRA CAPA E VERSO).



Dia nacional dos OSTOMIZADOS



Parabéns pelo seu dia



Você é forte!



presidenteolegario.mg.gov.br

Agendamento das consultas do pré-natal
Escreva ao lado suas dúvidas para as próximas consultas.

| | | | |
|-----------------------|---|---|--|
| 1ª consulta | / | / | |
| 2ª consulta | / | / | |
| 3ª consulta | / | / | |
| 4ª consulta | / | / | |
| 5ª consulta | / | / | |
| 6ª consulta | / | / | |
| 7ª consulta | / | / | |
| 8ª consulta | / | / | |
| 9ª consulta | / | / | |
| 10ª consulta | / | / | |
| 11ª consulta | / | / | |
| 12ª consulta | / | / | |
| 13ª consulta | / | / | |
| 14ª consulta | / | / | |
| Consulta Odontológica | / | / | |
| Consulta Odontológica | / | / | |

TELEFONES

ÚTEIS

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

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
 bvsms.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 136



MINISTÉRIO DA SAÚDE



Item 18
Até a pág.
73

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Toda mulher tem direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como a criança tem direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis no SUS.

O Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, elaborou esta Caderneta da Gestante pensando em você, que vive um dos momentos mais intensos de sua vida. Aqui você vai encontrar vários assuntos:

- seus direitos antes e depois do parto;
- o cartão de consultas e exames, com espaço para você anotar suas dúvidas;
- dicas para uma gravidez saudável e sinais de alerta;
- informações e orientações sobre a gestação e o desenvolvimento do bebê, e sobre alguns cuidados de saúde, no parto e no pós-parto;
- informações e orientações sobre amamentação;
- como tirar a Certidão de Nascimento de seu filho.

O profissional de saúde anotará nesta caderneta todos os dados de seu pré-natal e registrará as consultas, os exames, as vacinas e o que for importante para um bom acompanhamento do pré-natal.

Aqui tem também espaço para você anotar suas sensações e seus sentimentos, assim como coisas que queira dizer ao seu bebê.

Um pré-natal de qualidade resultará em mais saúde para você e seu bebê. Guarde esta caderneta com carinho e cuidado e carregue-a sempre com você.

Unidade de saúde pré-natal: _____

Serviço de saúde indicado para o parto: _____

CONHEÇA SEUS DIREITOS

Direitos trabalhistas:

- Licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias para gestantes com carteira de trabalho assinada.
- Não ser demitida enquanto estiver grávida e até cinco meses após parto, a não ser por justa causa.
- Mudar de função ou setor em seu trabalho, caso ele apresente riscos ou problemas para sua saúde ou a saúde do bebê. Para isso, apresente à sua chefia um atestado médico comprovando que você precisa mudar de função ou setor.
- Receber DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO sempre que for às consultas de pré-natal ou fizer algum exame. Apresentando essa declaração à sua chefia, você terá a ausência justificada no trabalho.
- Até o bebê completar seis meses, você tem o direito de ser dispensada do trabalho todos os dias, por dois períodos de meia hora ou um período de uma hora, para amamentar. Combine com seu empregador o melhor jeito de aproveitar esse tempo.
- Licença de cinco dias para o pai logo após o nascimento do bebê.

Além disso, tem os direitos sociais:

- Guichês e caixas especiais ou prioridade nas filas para atendimento em instituições públicas e privadas (bancos, supermercados, lojas).
- Assento prioritário para gestantes e mulheres com crianças de colo em ônibus e metrô. Peça licença e ocupe o lugar que é seu.
- Não viaje em pé! No ônibus você pode sair pela porta da frente.
- Se a sua família é beneficiária do Auxílio Brasil, você tem direito ao Benefício Composição Gestantes. Para conseguir esse benefício extrana gravidez e após o nascimento do bebê, busque informações no Centro de Referência em Assistência Social (Cras) do seu município.

Entrega em adoção:

- A Lei nº 12.010/2009 garante a você o direito de receber atendimento psicossocial gratuito se desejar, precisar ou decidir entregar a criança em adoção. Procure a Vara da Infância e Juventude de sua cidade.

Se você for estudante, também tem seus direitos garantidos:

- A Lei nº 6.202/1975 garante à estudante grávida o direito à licença-maternidade sem prejuízo do período escolar.

- A partir do oitavo mês de gestação, a gestante estudante poderá cumprir os compromissos escolares em casa – Decreto-Lei nº 1.044/1969.
- O início e o fim do período de afastamento serão determinados por atestado médico a ser apresentado à direção da escola.

- Em qualquer caso, é assegurado às estudantes grávidas o direito à prestação dos exames finais.

Caso seja adolescente

- Você tem o direito, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, de ser atendida com sigilo, privacidade, autonomia e receber informações sobre planejamento familiar e sexualidade responsável. Também pode ser atendida sozinha, se preferir.

Direitos nos serviços de saúde

- Ser atendida com respeito e dignidade pelas equipes de saúde, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, religião, idade ou condição social.
- Ser chamada pelo nome que preferir e saber os nomes dos profissionais que a atendem.
- Aguardar o atendimento sentada, em lugar arejado, tendo à sua disposição água para beber e banheiros limpos.

Lei da vinculação para o parto:

A Lei nº 11.634, de 26.10.2007, garante à gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre a maternidade de referência para seu parto e de visitar esse serviço antes do parto.

Lei do direito a acompanhante no parto:

A Lei Federal nº 11.108/2005 garante às parturientes o direito a um acompanhante

durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato, no SUS.

Situações de violência durante a gravidez

- Se você sofrer qualquer tipo de violência física, sexual ou psicológica por parte de pessoas próximas ou desconhecidas, procure ajuda no serviço de saúde. Existe uma rede de proteção, e você pode contar com ela. Os profissionais de saúde podem ajudar!
- Procure orientações para defender seus direitos e não permitir que aconteçanovamente. Ligue 180 ou Disque Saúde – 136, de forma gratuita, e denuncie.

OPRÉ-NATALDO PARCEIRO

Tem como objetivo preparar o homem para a paternidade ativa e consciente, assim



como detectar precocemente doenças, atualizar a carteira vacinal e incentivar a participação em atividades educativas nos serviços de saúde.

A gestação é um momento importante tanto para a mulher quanto para o homem. São emoções intensas que se misturam, e você pode contar com sua equipe de saúde. Nas Unidades Básicas de Saúde do SUS, os homens também têm o direito de cuidar de si ao mesmo tempo em que acompanham suas parceiras. Essa estratégia se chama Pré-Natal do Parceiro.

Converse e apoie a sua parceira! Fale com ela sobre seus sentimentos, emoções e sobre o que vocês esperam desta nova vida!

Troque ideias com outros pais que já viveram essa experiência e aproveite esse momento para se cuidar também!

Afinal, seu bebê precisa de você saudável!

| | | |
|----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Nome: | <input type="text"/> | |
| Como gosta de ser chamado: | <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Instrução: | Idade: | Pressão arterial: |
| <input type="text"/> | < 15 anos | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | > 35 anos | <input type="text"/> |
| Peso: | IMC: Índice de massa corporal | Antecedentes familiares: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | Diabetes <input type="radio"/> Hipertensão <input type="radio"/> NÃO SIM |
| Altura/cm: | arterial | Gemelar: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Outros: | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

| Exames | Data | Resultado |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|
| ABO-Rh | / / | |
| Glicemia em jejum | / / | |
| Sífilis (teste rápido) | / / | |
| VDRL | / / | |
| HIV/Anti-HIV (teste rápido) | / / | |
| Hepatite C | / / | |
| Hepatite B-HBsAg | / / | |
| Hemograma | / / | |
| Outros | / / | |
| Outros | / / | |
| Outros | / / | |
| | | |
| Vacina Antitetânica | Hepatite B | Imunizado |
| Sem informação de imunizaçãoImunizado há menos de 10 anosImunizado há mais de 10 anos | Informe | |

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| |
|-------------------------------------|
| <input type="text"/> |
| Informe |
| Febre amarela Data / / |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

Г

Número do cartão SUS:

Número do NIS:

Nome: _____

Como gosta de ser chamada: _____

Nome do(a) companheiro(a) – opcional: _____

Data de nascimento: / / Idade: _____

Raça/Cor: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena Informar a etnia: _

_____ Trabalha fora de casa: () Sim () Não

Ocupação: _____

Endereço: _____

Ponto de referência: _____

Se indígena, informar o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) ao qual está vinculada:

Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Tel. fixo: _____

Tel. celular: _____ E-mail: _____

Em situação de emergência, ligar para:

Nome: _____

Telefone: _____

() Companheiro(a) () Familiar () Amiga(o) () Outros:

A DESCOBERTA DA GRAVIDEZ!

A gravidez é um período de grandes transformações para a mulher, para seu(sua) parceiro(a) e toda a família. São vivências intensas que envolvem, por vezes, sentimentos contraditórios, momentos de dúvidas, de ansiedade, especialmente se você for adolescente. Você pode estar sonhando com esse momento há muito tempo ou talvez tenha sido surpreendida por uma gravidez inesperada. Mesmo quando a gravidez é planejada, você precisará de um tempo para se adaptar a essa nova etapa da vida.

Agora seu bebê está a caminho e vocês dois vão passar muito tempo juntos. Ao longo desses nove meses, seu corpo vai se modificar, preparando-se para o parto e para a maternidade.

Enquanto o bebê se desenvolve, você também cresce como mulher. A gravidez lhe dará confiança e força para o parto e para cuidar do bebê. Sempre que tiver dúvidas ou se sentir insegura com alguma mudança da gravidez, busque informações e apoio com profissionais de saúde que estejam acompanhando a sua gestação.

OS 3 PRIMEIROS MESES DE GESTAÇÃO

1º TRIMESTRE

DE 0 A 13 SEMANAS

Neste início, ocorre a adaptação de seu corpo e de seus sentimentos, trazendo sensações ora de prazer, ora de desconforto. Faz parte desse momento a oscilação entre a aceitação e a recusa da gravidez. Fique tranquila! O sentimento de não querer a gravidez pode surgir e não causará danos ao bebê. Fale sobre isso com um profissional de saúde.

Você vai perceber o aumento dos seios e também pode sentir mais sono, mais fome, enjoos e até ficar mais cansada. Não se preocupe, tudo isso é comum! Essas são as adaptações necessárias da gravidez.



É importante alimentar-se de maneira saudável, não ingerir bebida alcoólica, nem fumar ou usar drogas. Peça orientações ao profissional de saúde.

A gravidez não causa cárie, mas as gengivas podem ficar mais sensíveis e ser facilmente irritadas pela placa bacteriana. Cuide da higiene bucal (utilize escova, pasta de dente e fio dental). Controle a quantidade de açúcares, faça acompanhamento durante o pré-natal e realize pelo menos uma consulta de pré-natal odontológico durante a gestação. Para mais dicas de alimentação, veja a página 7.

As orientações dadas pelo dentista auxiliarão no cuidado da saúde bucal do seu bebê. Não ofereça mamadeira noturna e alimentos com açúcar. Higienize os dentes com escova e pasta de dente a partir do nascimento dos primeiros dentes de leite, para que seu bebê/criança não tenha cárie na infância.

Convide seu(sua) companheiro(a) para participar das consultas de pré-natal, caso seja de sua vontade. Pode ser um bom momento para fortalecer a relação de vocês e dele(a) com o bebê. É também uma boa oportunidade para ele(a) fazer parte do seu pré-natal. Se o pai for adolescente, tem os mesmos direitos de um pai adulto com relação à sua criança.

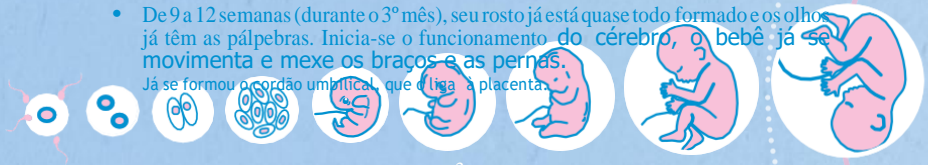
COMO SEU BEBÊ ESTÁ

SE FORMANDO?

Seu bebê foi gerado a partir do encontro do espermatozoide do homem com o óvulo da mulher. Com 4 semanas, ele é do tamanho de um grão de arroz, seu coração começa a bater e aparecem pequenos brotos que evoluirão para braços e pernas.

- Ao final de 8 semanas, as mãos, os dedos, as orelhas e os órgãos internos já estão se formando. Ele é do tamanho de uma ervilha e pesa mais ou menos 7 gramas.
- De 9 a 12 semanas (durante o 3º mês), seu rosto já está quase todo formado e os olhos já têm as pálpebras. Inicia-se o funcionamento do cérebro, o bebê já se movimenta e mexe os braços e as pernas.

Já se formou o cordão umbilical, que o liga à placenta.



- Ao final do 3º mês, o coração já pode ser ouvido por meio de aparelho próprio durante a consulta de pré-natal.

Você deve comparecer, pelo menos, mensalmente às consultas do pré-natal e fazer todos os exames solicitados. Aproveite para falar de suas preocupações e sentimentos.



DO 4º AO 6º MÊS

2º TRIMESTRE

DE 14 A 26 SEMANAS

Neste segundo trimestre, tanto seu corpo quanto a emotividade decrescem. Você começa a perceber os primeiros movimentos dentro de sua barriga, que podem começar bem suaves e vão aumentando conforme o bebê cresce. Isso talvez traga uma sensação diferente, que pode fortalecer sua ligação com seu filho.

É um período de grande bem-estar. Aproveite!

Nessa época, seu corpo mudará muito rápido; há o crescimento da barriga e as alterações nas mamas e quadris. As sensações iniciais de desconforto normalmente desaparecem, dando lugar a sentimentos de plenitude e maior disposição.



DICA: *Você pode ficar ansiosa para saber o sexo de seu bebê. Tenha calma, principalmente se você tem alguma preferência de sexo. Pense que descobrir o sexo na hora do nascimento do seu/sua bebê será uma bela surpresa.*

Você pode e deve fazer a avaliação odontológica durante a gravidez. Esse cuidado pode proteger você e seu bebê contra infecções e outros problemas. Se for necessário realizar algum tratamento, este deve ser feito o mais cedo possível!

Enquanto isso, dentro de sua barriga

- A partir de 14 semanas, iniciam-se os movimentos respiratórios e das mãozinhas.
- Entre 15 e 16 semanas, a pele, ainda transparente, começa a se engrossar. O bebê já tem cílios e sobrancelhas e seus movimentos podem começar a ser percebidos. O coração bate muito mais rápido do que o seu.

- Entre 17 e 18 semanas, ele pode medir de 17 a 20 cm e pesar de 200 a 250 g. Já consegue engolir e piscar.
- Entre 20 e 24 semanas, ele mede em torno de 26 cm, e seu peso médio é de 500g. Os movimentos ficam mais intensos e você os percebe bem, especialmente em momentos de maior calma, principalmente durante a noite. Há momentos em que ele está dormindo e momentos em que fica acordado. Todo o seu organismo está funcionando em harmonia. Ele se alimenta graças à placenta, por meio do cordão umbilical.

DICA: Em alguns momentos do dia, procure ficar mais tranquila para perceber as sensações de seu corpo. Coloque as mãos na barriga, feche os olhos e sinta o que está acontecendo. Isso pode lhe trazer confiança e diminuir suas preocupações.



DÓ 7º AO 9º MÊS É HORA DE FAZER ONINHO

ÚLTIMO TRIMESTRE

DE 27 A 40/41 SEMANAS

O final da gestação é o momento em que tanto você quanto seu bebê se preparam para uma grande mudança. O bebê tem menos espaço dentro de sua barriga, o que dá a sensação de peso e desconforto. Você pode sentir menos sono, vontade de ir ao banheiro com mais frequência ou mesmo desconforto para realizar as atividades diárias.

Seu corpo está se preparando para o parto.

Sua barriga pode ficar durinha por instantes, mas você não sentirá dor. É apenas o seu útero treinando para o trabalho de parto.

Poderá sair de seu peito um leite amarelado, chamado colostro, que vai alimentar seu bebê nos primeiros dias de vida.



Não é recomendado “preparar” o peito para a amamentação.

A gravidez se encarrega disso. Manobras para aumentar e fortalecer os mamilos, como esticá-los com os dedos, esfregá-los com buchas ou toalhas ásperas, não são recomendadas, pois na maioria das vezes não funcionam e podem ser prejudiciais, podendo inclusive induzir o trabalho de parto.

Essa é uma época de ansiedade com o momento do parto. E isso faz parte: o medo do desconhecido é natural. Procure conversar com profissionais de saúde e outras pessoas que possam lhe passar confiança e deixá-la mais tranquila.

PREPARANDO PARA NASCER

Nos últimos três meses da gestação, a maioria dos bebês posiciona-se de cabeça para baixo. Ele tem o próprio ritmo de dormir e acordar e começa a dar sinais de querer nascer, como surgimento das primeiras contrações.

De 27 a 30 semanas, ele pode pesar 1 kg e medir cerca de 32 cm. Já percebe a luz fora do útero, abre e fecha os olhos, escuta e identifica vários sons, como vozes e músicas, e pode se assustar com barulhos altos e repentinos. O espaço dentro do útero vai ficando cada vez mais justo. Aproveite para cantar e conversar com ele/ela.

A pele do bebê fica coberta por um tipo de creme branco, o vernix, que traz proteção e o ajudará a se deslizar pelo canal do parto.

Ele já está todo formado, mas não está maduro. Falta pouco. É preciso ter paciência para esperar o tempo certo de nascer. Antecipar o parto sem necessidade é prejudicial para você e seu bebê.

PREMATURO

Se o seu bebê chegar antes da hora e precisar de cuidados especiais, você tem direito a ficar perto dele no hospital, durante todo o tempo.



Este é um espaço para seu(sua) parceiro(a) escrever.

Escreva impressões, sentimentos, acontecimentos que estão sendo marcantes para você durante a espera dessa criança e coisas que você deseja dizer a ela.

Estar presente em todos os momentos desde agora **fortalece os laços afetivos e a vivência da paternidade.**

Conheça os **benefícios do parto normal.** O seu apoio à sua parceira pode fazer a diferença nesse momento.

CUIDADOS IMPORTANTES

NA GRAVIDEZ

Veja aqui dicas para se manter saudável durante a gravidez e o parto

Durante a gravidez, procure ter uma alimentação saudável e diversificada, predominantemente de origem vegetal, rica em alimentos naturais e como menor processamento industrial possível. Isso é importante para sua saúde e bem-estar e para a formação e o crescimento adequado do bebê.

Estes são os dez passos para uma alimentação adequada e saudável:

Faça de alimentos *in natura* ou minimamente processados a base da alimentação.

Procure consumir uma grande variedade de alimentos *in natura* e minimamente processados, além de ingerir água, para suprir a necessidade de nutrientes fundamentais nesse evento da vida. Faça uso de alimentos obtidos diretamente de plantas ou animais, como feijões, cereais, legumes, verduras, frutas, castanhas, leite, carnes e ovos, para tornar sua alimentação mais saudável e saborosa. O consumo, ao longo do dia, de pequenos lanches baseados em alimentos *in natura* e minimamente processados pode evitar fraquezas e desmaios comuns nessa fase.

Utilize óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.

O consumo excessivo de açúcar aumenta o risco de doenças do coração, diabetes, obesidade e outras doenças crônicas, enquanto o sal e as gorduras em excesso contribuem para o desenvolvimento de pressão alta e obesidade, respectivamente.

3

Limite o consumo de alimentos processados, que são aqueles que recebem sal, açúcar ou óleo para durar mais tempo, como conservas de legumes, compota de frutas, carne seca e toucinho, sardinha e atum enlatados, queijos e pães feitos de farinha de trigo refinada (branca).

4

Evite o consumo de alimentos ultraprocessados. São reconhecidos pela lista de ingredientes. Se nesta lista existirem substâncias que não são usadas em casa, provavelmente é um alimento ultraprocessado. Esses alimentos têm pequenas quantidades de “comida de verdade”. Eles contêm, entre seus ingredientes, aditivos químicos (gordura vegetal hidrogenada, xaropes, emulsificantes, espessantes, aromatizantes, corantes), que são nutricionalmente desbalanceados e aumentam o risco de obesidade, doenças do coração, diabetes e câncer. São eles: biscoitos, sorvetes, balas e guloseimas em geral, cereais açucarados, bolos e misturas para bolo, barras de cereal, sopas, macarrão e temperos instantâneos, molhos, salgadinhos “de pacote”, refrigerantes (inclusive os chamados *diet* ou *light*), sucos industrializados ou néctares, iogurtes e bebidas lácteas adoçadas e aromatizadas, produtos congelados e prontos para aquecimento, nuggets, salsichas e outros embutidos e pães que contêm gordura vegetal hidrogenada, açúcar, amido, soro de leite e aditivos.

Coma com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia. Entre as refeições principais (café da manhã, almoço e jantar), faça pequenos lanches, evitando “beliscar” nos intervalos. Coma devagar, desfrutando da sua refeição. Compartilhe esse momento prazeroso com familiares e/ou amigos.

6

Faça compras em locais que ofereçam variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados. Procure fazer compras de alimentos em mercados, feiras livres e feiras de produtores e outros locais que comercializam variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados. Prefira legumes, verduras e frutas da estação e cultivados localmente. Sempre que possível, adquira alimentos orgânicos e de base agroecológica, de preferência diretamente dos produtores.

7

Desenvolva, exercite e compartilhe suas habilidades culinárias. Converse com pessoas que tenham o hábito de cozinhar, troque receitas, leia livros e consulte a internet para aprender coisas novas.

Planeje o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece. Procure planejar suas compras de acordo com o que pretende cozinhar durante a semana e dividir com os membros de sua família a responsabilidade por todas as atividades domésticas relacionadas ao preparo das refeições.

Dê preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora, como restaurantes de comida a quilo, cozinhas comunitárias e restaurantes populares. Você gasta menos e pode comer uma maior variedade de alimentos. Evite redes de *fast-food*.

Seja crítica quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais. Avalie bem o que você lê, vê e ouve e estimule outras pessoas a fazerem o mesmo.

Além desses cuidados, é importante o uso de ácido fólico e sulfato ferroso. O ácido fólico deve ser usado diariamente pelo menos 30 dias antes de dar à luz e durante a 12ª semana de gestação. Já o sulfato ferroso deve ser usado diariamente até o terceiro mês pós-parto. Ambos são distribuídos gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde.

Saiba mais em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/caderno_programas_nacionais_suplementacao_micronutrientes.pdf





Você sabia que mais da metade das mulheres do Brasil têm sobrepeso ou obesidade? Você sabia que mais da metade das mulheres do Brasil têm sobrepeso ou obesidade? Converse com os profissionais de saúde sobre o ganho de peso adequado para você durante a gravidez. O ganho de peso excessivo também aumenta o risco de parto prematuro e de outras complicações na gravidez.

Para saber mais, acesse o *Guia Alimentar para a população brasileira* https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf



MANTENDO UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, SEU GANHO DE PESO

SERÁ ADEQUADO

DICAS IMPORTANTES

É recomendável tomar 20 minutos de sol, no início da manhã ou no final da tarde. Lembre-se de usar boné ou chapéu e protetor solar no rosto, para evitar manchas e câncer de pele.

Evite descolorantes, tinturas de cabelo, alisantes e onduladores que contêm amônia, formol ou outros componentes tóxicos.

Você deve sair de ambientes onde haja fumantes, em qualquer fase da gravidez.

Respirar a fumaça com frequência pode afetar sua saúde e a do bebê.

EXERCÍCIOS

• Caminhadas ajudam a melhorar a circulação do sangue, controlar melhor o ganho de peso, aumentar a disposição e a sensação de bem-estar. Se não houver contraindicação, devem ser mantidas do início ao fim da gravidez.

• Procure fazer atividades físicas leves e prazerosas.

• Exercite a respiração: respire lenta e profundamente, várias vezes ao dia. Isso pode ajudar em momentos de desconforto e inquietude.



SONO

- Procure dormir cerca de **8 horas por noite**.
- Repouse alguns minutos durante o dia.
- Eleve as pernas quando estiver sentada ou deitada.
- Caso tenha muito sono, procure repousar mais.
- Deite-se preferencialmente do lado esquerdo, com um travesseiro entre as pernas. Essa posição facilita a passagem de oxigênio para o bebê.

SEXO NA GESTAÇÃO

Quanto ao seu desejo sexual

Desejo e disposição sexual podem mudar na gravidez. Há mulheres que têm menos vontade e outras que têm mais vontade do que antes. Isso pode acontecer para o(a) companheiro(a) também. Ter relações sexuais, até o final da gravidez, não machuca o bebê. Durante o orgasmo, é comum a barriga ficar dura, porém não há motivo para preocupação. Evite posições que causem desconforto e lembre-se de que o que realmente importa é que seja respeitada a sua vontade de ter ou não relação.

Converse com seu(sua) companheiro(a) sobre isso!



ATENÇÃO: Recomenda-se que, também durante o pré-natal, mulheres e parceiros utilizem camisinha (masculina ou feminina) nas relações sexuais, inclusive durante o período de amamentação, prevenindo as IST e possibilitando o crescimento saudável do bebê.

Se notar presença de sangramento ou saída de líquido diferente, suspenda atividade sexual e procure a Unidade Básica de Saúde.

ATENÇÃO PARA ALGUMAS SITUAÇÕES E SINTOMAS

Sangramento da gengiva - pode ocorrer mais facilmente durante a gestação. Por isso, adote um hábito diário de cuidados com sua saúde bucal. Utilize fio dental diariamente e uma escova de dente macia com creme dental.

Enjoos e vômitos - são comuns nos primeiros meses de gravidez. Evite ficar muito tempo sem se alimentar e escolha alimentos mais secos (bolachas de água e sal, pão, arroz) ou frutas de acordo com seu desejo. Caso vomite, faça bochecho com água e aguarde meia hora para escovar os dentes. Se não melhorar, procure a UBS.

Azia e queimação - coma mais vezes e em menor quantidade; mastigue mais vezes e mais lentamente; evite beber líquidos durante as refeições; e evite se deitar logo após as principais refeições.



Cãibras e formigamentos nas pernas - podem acontecer na gestação. Modere a atividade física, faça exercícios de alongamento e tome muita água. Você pode também aquecer e massagear as pernas, principalmente antes de dormir.

As varizes nas pernas - aparecem por problemas de circulação e dilatação das veias das pernas, causadas pelo crescimento do útero. Não fique muito tempo em pé ou sentada. A cada duas horas, procure levantar as pernas em uma cadeira. Você pode também usar meias elásticas e preferir calçados e roupas confortáveis.

Intestino preso - é comum na gravidez. É recomendável comer alimentos integrais ricos em fibras (pão e arroz integrais, granola, linhaça), folhas verdes - alface, couve, taioba, beralha, ora-pro-nóbis, mostarda, serralha, beldroega - e frutas, como mamão, laranja com o bagaço, ameixa preta, tamarindo. Você deve também beber muita água e fazer atividade física regularmente. Dica importante: quando sentir vontade de ir ao banheiro, não espere.

Dor na coluna e dor na barriga - pode aparecer, principalmente no final da gravidez. Evite carregar peso e diminua o serviço doméstico, como lavar roupa, limpar o chão e outras atividades que possam gerar esforço na coluna. Você pode também fazer exercícios de alongamento.

Se tiver **hemorroidas** (varizes na região anal, que podem sangrar), faça banhos de assento com água morna. Evite usar papel higiênico. Dê preferência à água com sabão e enxugue com uma toalha macia. Fale sobre isso na consulta de pré-natal.

É comum sentir mais vontade de urinar no início e no final da gestação. Se você sentir dor no local da uretra (local por onde a urina sai) ou sensação de queimação na hora de fazer xixi, procure a Unidade Básica de Saúde. É importante saber que sentir desconforto na região baixa da barriga é comum e não deve ser sempre confundido com sinais de infecção urinária.

O aumento da secreção vaginal (corrimento) é comum na gestação. Se houver outras características, como coceira, ardor e cheiro forte, procure a Unidade Básica de Saúde para uma avaliação.

Algumas das infecções sexualmente transmissíveis (IST) podem ser passadas da mãe para o bebê durante a gestação, o parto ou a amamentação e também podem causar parto prematuro, doenças ou morte do recém-nascido. É importante saber que algumas dessas infecções podem não apresentar sinais e sintomas. O uso da camisinha em todas as relações sexuais é necessário para diminuir as chances de doenças, inclusive HIV/aids e hepatites virais B e C. Você e seu(sua) parceiro(a) devem fazer os exames do pré-natal, que ajudam a diagnosticar as IST, reduzindo e até evitando a transmissão da mãe para a criança.

É muito importante se proteger do mosquito que transmite a dengue, a chikungunya e o vírus zika, principalmente quando você está gestante. Utilize repelente todos os dias e elimine criadouros no ambiente (não deixe acumular água em latas, tampinhas de refrigerantes, pneus velhos, vasos de plantas, jarros de flores, garrafas, caixas d'água, cisternas, sacos plásticos e lixeiras, entre outros recipientes). Você também pode colocar telas nas portas e janelas.

Nas regiões endêmicas de malária, esta doença também deve ser investigada na presença de sintomas sugestivos.

Doenças infectocontagiosas podem ser transmitidas pelo ar (tuberculose, rubéola, gripe, covid-19 e outras). Evite locais fechados com alta concentração de pessoas.

SINAIS DE ALERTA PROCURE O SERVIÇO DE SAÚDE SE:

- a pressão estiver alta;
- sentir dores fortes de cabeça, com a visão embaralhada ou enxergando estrelinhas;
- tiver sangramento ou perda de líquido (água) pela vagina;
- apresentar muito inchaço nos pés, nas pernas e no rosto, principalmente ao acordar;
- tiver dor ou ardor na uretra (local por onde sai a urina) ao urinar;
- houver sangramento, mesmo sem dor;
- tiver contrações fortes, dolorosas e frequentes;
- apresentar febre, dor de cabeça, dor no corpo, vermelhidão nos olhos ou manchas vermelhas na pele.

Estamos ainda vivenciando muitos registros de doenças que podem trazer desfechos gestacionais e perinatais adversos.

Registre aqui se nessa gestação:

Você apresentou exantema (manchas avermelhadas na pele)?

Sim Não

Se houve infecção por COVID-19 durante a gestação? Sim Não

TEMPO APROXIMADO DE GRAVIDEZ

| | meses | semanas | | meses | semanas |
|--------------|--------|-------------------|--------------|--------|-------------------|
| 1º trimestre | 1º mês | 4 semanas e meia | 2º trimestre | 4º mês | 18 semanas e meia |
| | 2º mês | 9 semanas | | 5º mês | 22 semanas |
| | 3º mês | 13 semanas e meia | | 6º mês | 27 semanas e meia |
| | meses | semanas | | | |
| 3º trimestre | 7º mês | 31 semanas e meia | | | |
| | 8º mês | 36 semanas | | | |
| | 9º mês | 40 semanas e meia | | | |

Compareça às últimas consultas!

Não existe alta do pré-natal; ele só acabará 42 dias após o nascimento do bebê. Mesmo após ser encaminhada para realizar pré-natal de alto risco em um serviço especializado, é importante que você continue sendo acompanhada também pela equipe da sua Unidade Básica de Saúde.

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE O ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL

As consultas de pré-natal são realizadas tanto por médicos(as) quanto por enfermeiros(as), que trabalham em conjunto e devem ser complementadas pela avaliação do dentista.

Se você foi classificada como alto risco gestacional, no início ou em qualquer momento durante o acompanhamento pré-natal, você deve contar também com consultas de equipes especializadas, contendo médicos obstetras, e manter acompanhamento compartilhado entre a equipe da sua unidade básica de saúde e a equipe especializada.

É importante que todos os profissionais façam parte do cuidado durante o pré-natal, como agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, dentista e, se necessário, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista entre outros.

Toda gestante tem direito a consultas e exames pelo SUS.

A cada consulta, a equipe de saúde irá:

1. Oferecer acolhimento e esclarecer suas dúvidas;
2. perguntar como está se sentindo, como passou o mês e ouvir suas dúvidas e impressões sobre esse momento – é interessante você **anotá-las no final desta caderneta para não se esquecer na próxima consulta**; além da avaliação de sinais e sintomas de alerta que possam aparecer;
3. Realizar o **exame físico, sempre com verificação da pressão arterial e do peso, medição do tamanho da sua barriga e ausculta dos batimentos do coração do bebê**, além da avaliação de sinais e sintomas de alerta que possam aparecer;
4. Solicitar exames e/ou avaliar seus resultados;
5. Checar seu cartão de vacinação e orientar sobre as vacinas que devem ser realizadas durante o pré-natal;
6. Prescrever ácido fólico, sulfato ferroso e outros tratamentos específicos, quando necessário;
7. Informar sobre a sua maternidade de referência para o parto, de acordo com o seu risco gestacional;
8. Orientar sobre a data provável do seu parto e os sinais que você provavelmente viverá e sentirá nesse período próximo ao parto;
9. Informar sobre a importância da consulta após o parto para sua avaliação e de seu bebê.
10. Informar sobre a sua maternidade de referência para o parto, de acordo com o seu risco gestacional;



A aferição da pressão arterial é um momento muito importante do cuidado pré-natal.

Para o resultado ser confiável, antes de aferir, é necessário que você descanse e relaxe por, pelo menos, 10 minutos.

Durante a aferição, você deve evitar conversar, não deve cruzar as pernas, deve estar com a bexiga vazia (urinar antes) e o seu braço direito, no qual será aferida a pressão, deve estar na altura do seu coração.

As consultas devem ser realizadas no mínimo conforme este cronograma:

| até a 28ª semana de gestação | da 28ª até a 36ª semana de gestação | da 36ª até a 41ª semana de gestação |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| mensalmente | quinzenalmente | semanalmente |



É importante participar do grupo de gestantes, no qual você poderá trocar experiências com outras mulheres e com os profissionais de saúde.

CONHEÇA OS PRINCIPAIS EXAMES QUE VOCÊ DEVE REALIZAR DURANTE O PRÉ-NATAL E AS VACINAS

QUE VOCÊ DEVE TOMAR DURANTE A GESTAÇÃO



Tipagem sanguínea e fator Rh – identifica seu tipo de sangue. Se a gestante tem Rh negativo e o pai do bebê tem Rh positivo, ela deve fazer um outro exame durante o pré-natal, o Coombs Indireto. Após o nascimento, caso o bebê tenha Rh positivo, a mulher deverá tomar uma injeção, para evitar problemas na próxima gestação. Você tem direito a imunoglobulina anti-Rho (D) pelo SUS.

Hemograma – identifica problemas como anemia (falta de ferro no sangue), que é comum na gravidez e deve ser tratada.

Eletroforese de hemoglobina – identifica a doença falciforme, a talassemia e outras hemoglobinopatias, que são hereditárias e requerem cuidados especiais na gravidez.



Glicemia – mede a quantidade de açúcar no sangue. Se estiver alta, pode indicar diabetes, que deve ser cuidada com dieta, atividade física e, às vezes, uso de medicamentos.



Exame de cultura de urina com antibiograma - este exame deve ser realizado logo no início do pré-natal. Ele tem a capacidade de identificar a presença de bactérias na urina que podem avançar para infecção e, além disso, informa sobre os antibióticos que podem ser usados em cada caso.



Exame preventivo de câncer de colo de útero - este exame precisa ser realizado periodicamente por todas as mulheres que já tiveram relações sexuais a partir de 25 anos. Procure saber se você tem a necessidade de fazê-lo durante o pré-natal. Esse exame pode ser realizado em qualquer fase da gestação.





Teste rápido de sífilis e VDRL – esses testes identificam a sífilis, uma doença sexualmente transmissível que pode passar da gestante para o bebê durante a gravidez. Quando não tratada, a sífilis pode causar abortamento do feto, parto prematuro, baixo peso ao nascer, malformações e morte do recém-nascido. Em caso de teste positivo, tanto a gestante quanto seu(sua) parceiro(a) devem ser tratados o mais rápido possível, pois caso o(a) parceiro(a) não se trate, a gestante é novamente infectada. O tratamento da sífilis com penicilina benzatina é o único modo eficaz de tratar o bebê ainda na barriga da mãe e prevenir que ele tenha algum problema. Esse tratamento deve ser feito na Unidade Básica de Saúde onde é realizado o pré-natal. Você e seu (sua) parceiro(a) devem realizar o teste de sífilis pelo menos no primeiro e no terceiro trimestre de gravidez.

Avaliação odontológica – identifica os agravos bucais e a necessidade de tratamento odontológico durante a gestação. O periograma é uma parte dessa avaliação e é muito importante para identificar se você tem algum problema com sua gengiva e/ou outros tecidos ao redor do dente.



Testes de HIV – identificam o vírus causador da aids, doença que compromete o sistema de defesa do organismo, provocando a perda da resistência e da proteção contra outras doenças. Pode ser transmitido de mãe para filho durante a gravidez, o parto ou a amamentação. Quanto mais cedo iniciar o tratamento, maior a chance de a mulher e seu bebê ficarem saudáveis. Você deverá realizar o teste rápido de HIV no início (primeiro trimestre) e no final da gestação (terceiro trimestre). Ele também poderá ser feito no momento do parto.

Teste de malária – deve ser realizado em todas as gestantes com sintomas nas regiões que têm a doença.



Testes para hepatite B (HBsAg) – identificam o vírus da hepatite B, que pode passar da mãe para o bebê durante a gravidez. Caso você tenha o vírus, seu bebê poderá ser protegido se receber a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B.

Exame de toxoplasmose – identifica se a mulher tem ou teve toxoplasmose. Essa doença pode ser adquirida pela ingestão de alimentos contaminados e pelo contato com terra contaminada. Como medida de prevenção, é importante lavar as mãos ao manipular alimentos; lavar bem as frutas, legumes e verduras; não ingerir carnes cruas ou malpassadas e não consumir leite ou queijo crus; evitar ou pelo menos usar proteção quando entrar em contato com a terra e com fezes de gatos e cães desconhecidos.





Vacina dupla adulto – protege contra o tétano e a difteria no bebê e em você. Se você nunca foi vacinada, deve iniciar a vacinação o mais cedo possível e, se já iniciou, deve completar a vacinação. O esquema de vacinação contra o tétano e a difteria é de três doses, sendo que para a gestante são duas doses com a vacina dT e uma dose com a vacina dTpa.

Vacina dTpa – protege você e o bebê contra tétano, difteria e coqueluche e a 1ª dose deverá ser tomada a partir da 20ª semana de gravidez.

- A depender da situação vacinal encontrada na gestante, administrar uma dose da vacina dTpa para iniciar esquema vacinal, completar ou como dose de reforço
- Gestantes que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante o período gestacional, administrar 1 (uma) dose de dTpa no puerpério (até 45 dias), o mais precocemente possível.
- Gestantes sem histórico vacinal da dT, administrar 2 (duas) doses da vacina dupla adulto (dT) em qualquer momento da gestação e 1 (uma) dose da vacina dTpa a partir da 20ª semana. Esta vacina deverá ser aplicada a cada gestação.

Vacina hepatite B – se você não tiver sido vacinada contra a hepatite B, você deverá tomar 3 doses dessa vacina o mais precocemente possível, de acordo com o histórico vacinal. Caso não seja possível completar o esquema vacinal durante a gestação, você deverá concluir após o parto.

Vacina influenza (gripe) – recomenda-se administrar essa vacina em qualquer idade gestacional para toda gestante e mulher até 42 dias após o parto, durante a campanha anual de vacinação.

Vacina covid-19 – protege você contra o vírus causador da covid-19. Recomenda-se administrar essa vacina em qualquer idade gestacional para toda gestante e mulher até 42 dias após o parto. Em caso de dúvida, converse com o profissional de saúde durante sua consulta.



Exames para o(a) companheiro(a) – todos os homens e mulheres adultos, jovens e adolescentes, cuja parceira está em acompanhamento de pré-natal, têm direito a realizar exames e vacinas. No caso dos homens, existe uma estratégia do Ministério da Saúde chamada Pré-Natal do Parceiro. Veja na contracapa mais informações!



ORIENTAÇÕES PARA MONITORAMENTO DO GANHO DE PESO GESTACIONAL

- 1) Calcule o seu índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso pré-gestacional (kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

Altura (m):

Peso pré-gestacional (kg):

IMC pré-gestacional (kg/m²):

- 2) Classifique o seu IMC pré-gestacional de acordo com a tabela abaixo e selecione o gráfico de acompanhamento do ganho de peso adequado:

| IMC (kg/m ²) | Classificação do IMC pré-gestacional | Gráfico de acompanhamento |
|--------------------------|--------------------------------------|---------------------------|
| < 18,5 | <input type="radio"/> Baixo peso | Página 19 |
| ≥ 18,5 e < 25 | <input type="radio"/> Eutrofia | Página 20 |
| ≥ 25 e < 30 | <input type="radio"/> Sobrepeso | Página 21 |
| ≥ 30 | <input type="radio"/> Obesidade | Página 22 |

- 3) Realize a medida de peso com o mínimo de roupa possível, descalça, em pé, no centro da balança, com os pés juntos e os braços ao longo do corpo.
- 4) Calcule o ganho de peso até a data da consulta de pré-natal:

$$\text{Ganho de peso} = \text{Peso medido na consulta} - \text{Peso pré-gestacional}$$

- 5) Marque o ganho de peso de acordo com a semana gestacional no gráfico de acompanhamento selecionado no item 2 e verifique se o ganho está dentro da faixa recomendada. (faixa mais escura do gráfico).

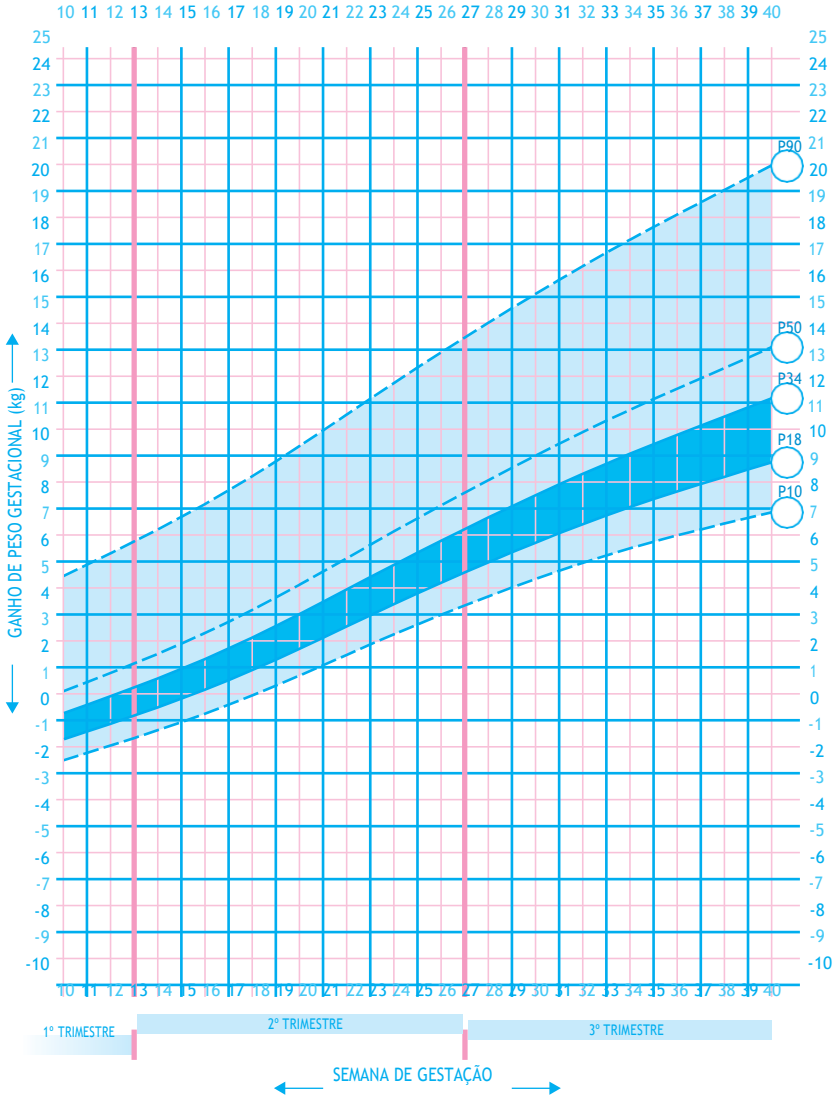
Utilize o peso ANTES de engravidar para calcular o IMC pré-gestacional e o ganho de peso.

Este instrumento foi elaborado para gestantes adultas, em gestações de feto único. Sua utilização em gestantes adolescentes e gestações gemelares não foi testada.

GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO DO GANHO DE PESO

Baixo peso (IMC < 18,5 kg/m²)

GANHO DE PESO RECOMENDADO ATÉ 40 SEMANAS DE GESTAÇÃO: 9,7 - 12,2 kg

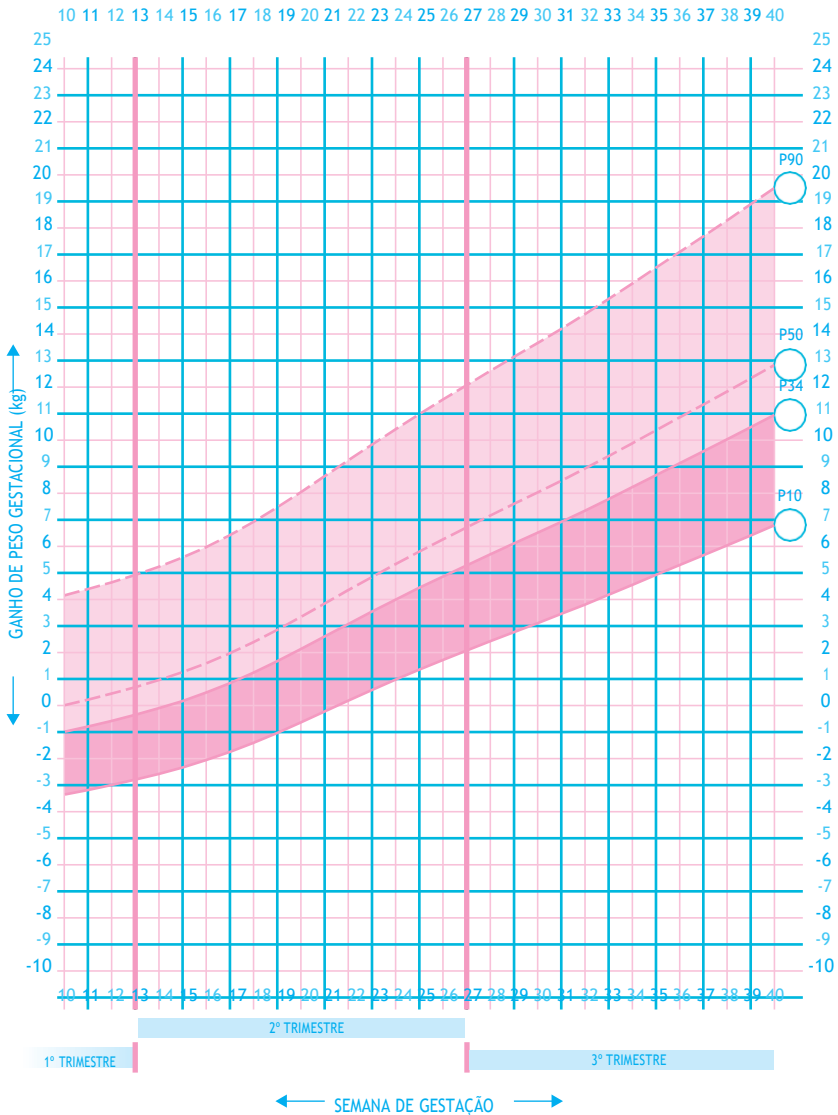


Fonte: Gilberto Kac e Thais RB Carrilho; et al. (Am J Clin Nutr 2021;113:1351-1360).

GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO DO GANHO DE PESO

Edição (IPC = 107,9 kg/m² e < 25,76 kg/m²)

GANHO DE PESO RECOMENDADO ATÉ 40 SEMANAS DE GESTAÇÃO: 8 - 12 kg

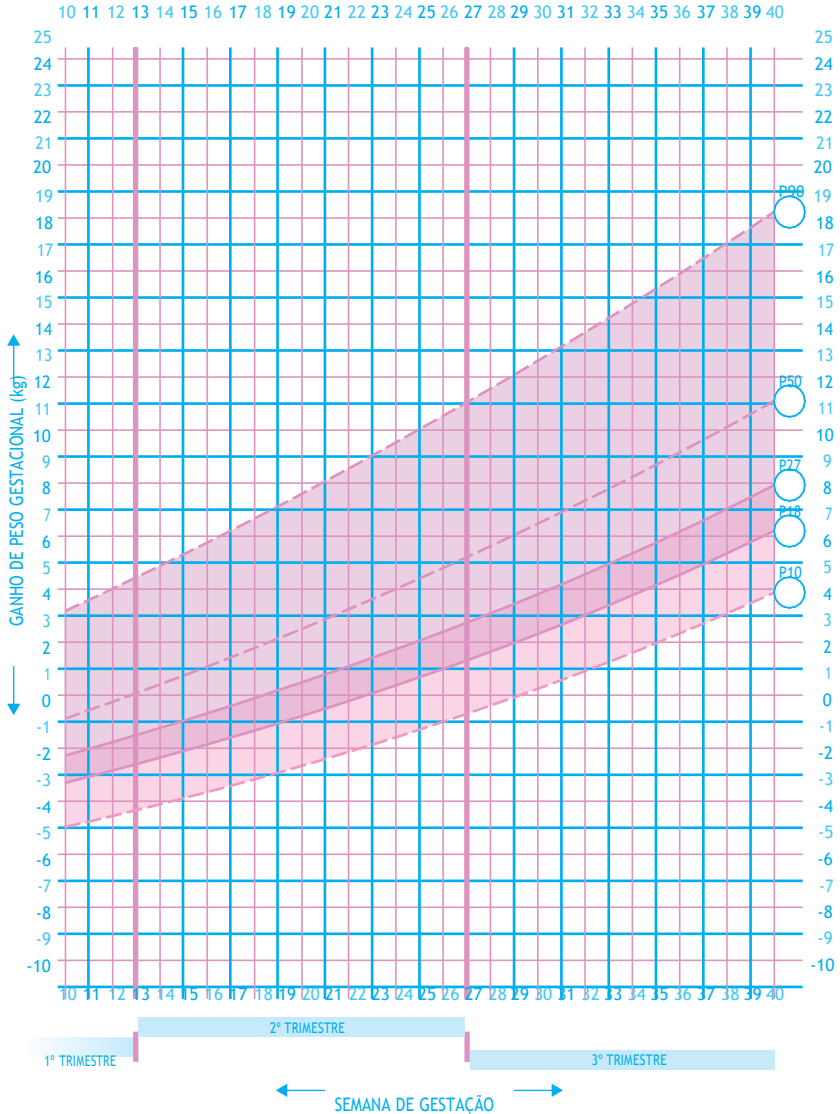


Fonte: Gilberto Kac e Thais RB Carrilho; *et al.* (Am J Clin Nutr 2021;113:1351-1360).

GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO DO GANHO DE PESO

Sobrepeso (IMC $\geq 25,0$ kg/m² e $< 30,0$ kg/m²)

GANHO DE PESO RECOMENDADO ATÉ 40 SEMANAS DE GESTAÇÃO: 7 - 9 kg

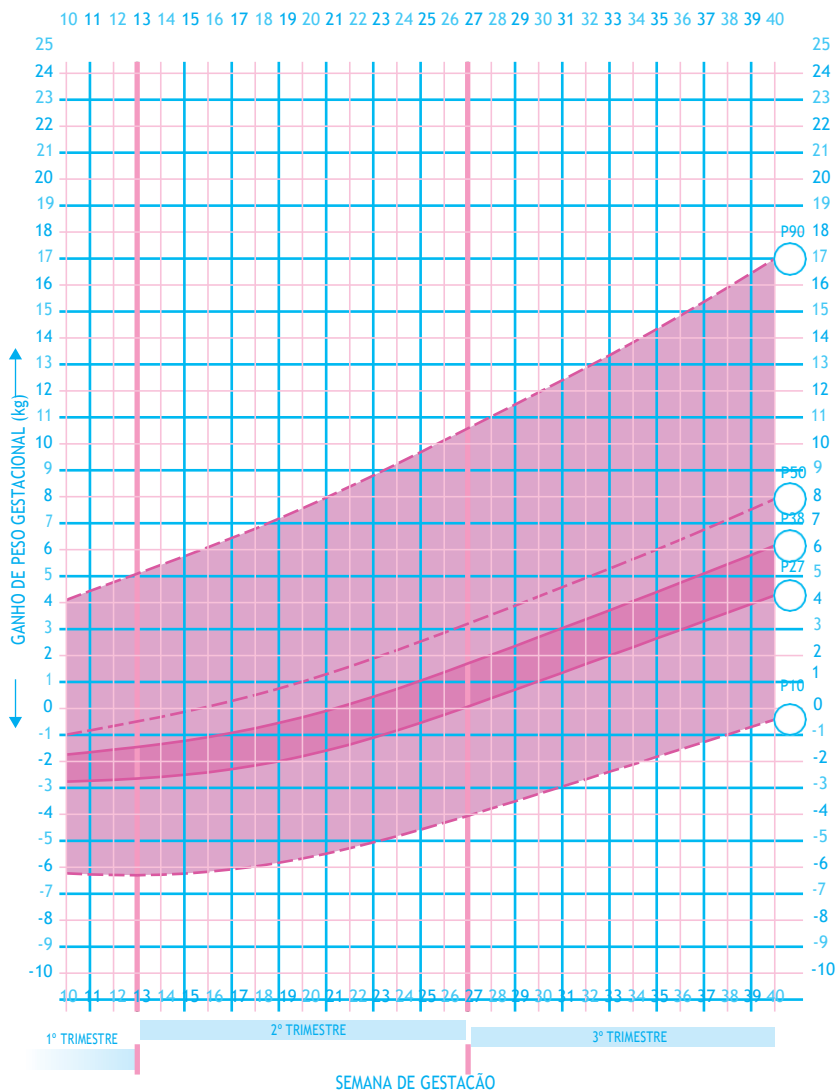


Fonte: Gilberto Kac e Thais RB Carrilho; *et al.* (Am J Clin Nutr 2021;113:1351-1360).

GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO DO GANHO DE PESO

Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²)

GANHO DE PESO RECOMENDADO ATÉ 40 SEMANAS DE GESTAÇÃO: 5 - 7,2 kg

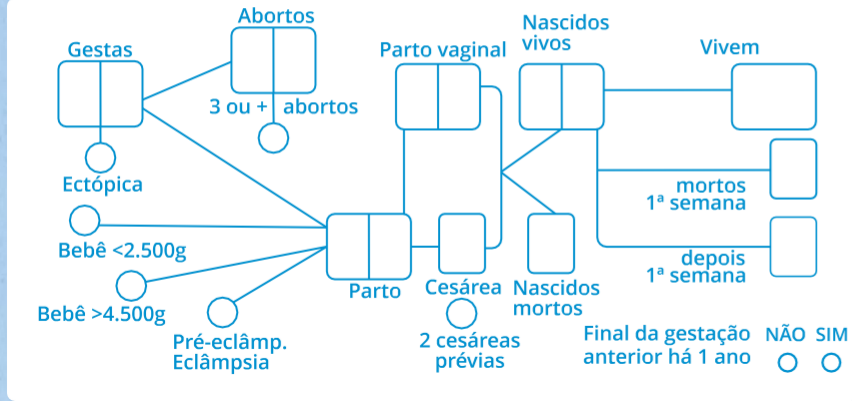


Fonte: Gilberto Kac e Thais RB Carrilho; *et al.* (Am J Clin Nutr 2021;113:1351-1360).

Antecedentes familiares

NÃO SIM NÃO SIM NÃO SIM NÃO SIM
 Diabetes Hipertensão arterial Gemelar outros

Gestação



Antecedentes clínicos obstétricos

NÃO SIM NÃO SIM NÃO SIM
 Diabetes Cardiopatia
 Infecção urinária Tromboembolismo Cir. pélv. uterina
 Infertilidade Hipertensão arterial Cirurgia
 Dific. amamentação Outros Outros

Vacina antitetânica

Sem informação de imunização
 Imunizada há **menos** de 5 anos
 Imunizada há **mais** de 5 anos

1º dose / /
 2º dose / /
 vacina dTpa / /

Sífilis
 Toxoplasmose
 Infecção urinária

Hepatite B

Imunizada 1ª dose / /
 2ª dose (1 meses após 1ª dose) / /
 (6 meses após 1ª dose) / /

Influenza data / /
 Covid-19 data / /

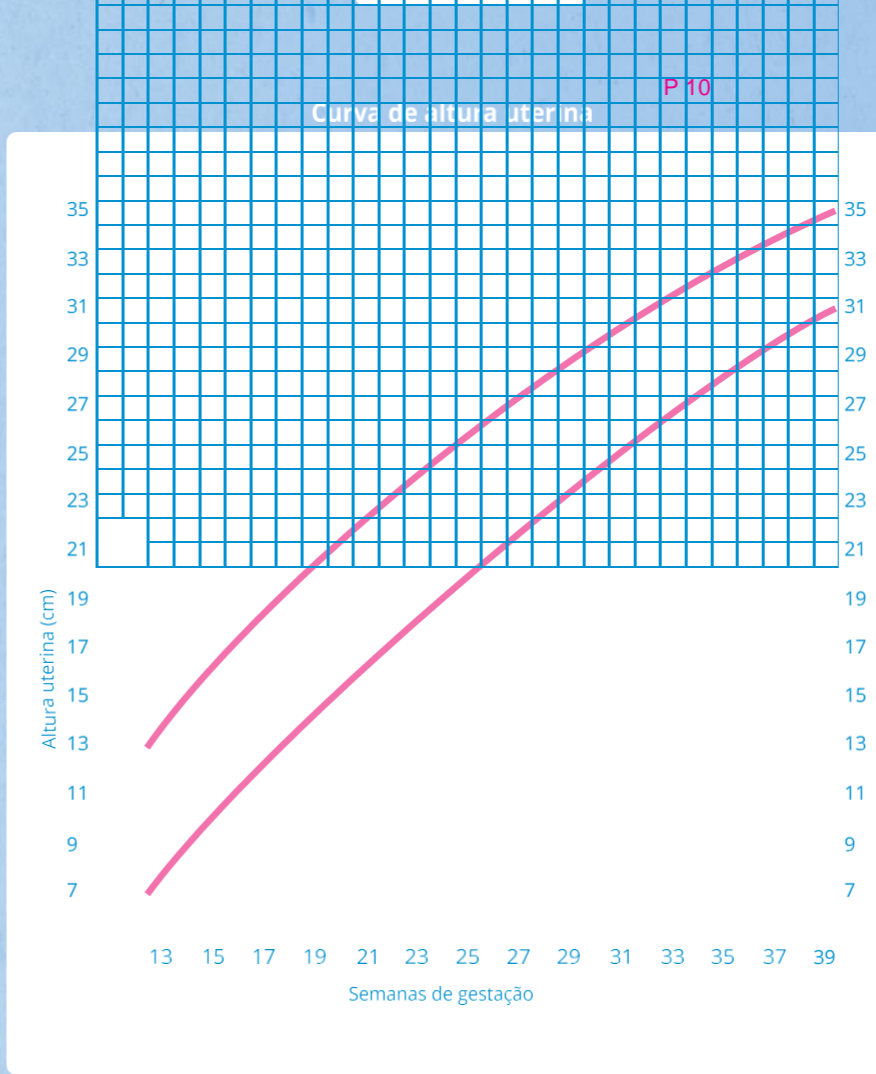
cut. prem. membrana Hemorragia 1º trim.
 CIUR Hemorragia 2º trim.
 Pós-datismo Hemorragia 3º trim.
 Febre Exantema/ rash cutâneo

Ultrassonografia

| Data | Data | IG USG | Peso fetal | Observação | Outros |
|------------------------------|------|--------|------------|------------|--------|
| / / | | | | | |
| / / | | | | | |
| / / | | | | | |
| / / | | | | | |
| / / | | | | | |
| / / | | | | | |
| | | | | | |
| Exames Complementares | | | | | |
| Exame | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Tipo de gravidez

DUM / / / Única Baixo risco
 DPP / / / Gemelar Alto risco
 Tripla ou mais Gravidez planejada NÃO SIM
 Ignorada



| Exames | Data | Resultado | Data | Resultado |
|------------------|------|-----------|------|-----------|
| Hemoglobina | / / | | / / | |
| Hematócrito | / / | | / / | |
| Cultura de Urina | / / | | / / | |
| HIV | / / | | / / | |
| VDRL | / / | | / / | |
| Toxoplasmose | / / | | / / | |

| Exames | Data | Resultado |
|---------------------------------|------|-----------|
| ABO/Rh | / / | |
| Coombs Indireto | / / | |
| HbsAg | / / | |
| HTLV | / / | |
| Glicemia em jejum | / / | |
| Teste oral tolerância à glicose | / / | |

Tratamento Sífilis
 1ª dose / / 2ª dose / / 3ª dose / /

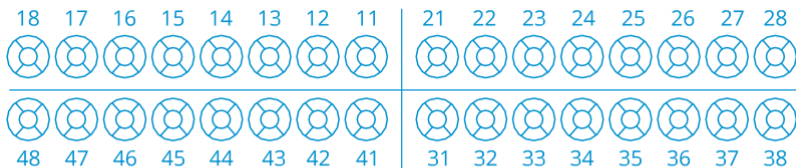
Malária somente para gestantes da Região Amazônica
 Neg. / / / / / /
 Pos. / / / / / /

Suplementação Sulfato ferroso
 SIM NÃO 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês

Suplementação Ácido fólico
 Uso por um mês antes de engravidar SIM NÃO SIM NÃO 1º mês 2º mês 3º mês

Eletroforese de Hemoglobina
 Padrão AA Heterozigose outros AS AC Homozigose outros SS SC

CONSULTA ODONTOLÓGICA



Legenda

* – Mancha branca ativa
 O – Mancha branca inativa
 A – Ausente
 Ae – Abrasão/erosão
 Am – Amálgama

Ca – Lesão cavitada ativa
 Ci – Lesão cavitada inativa
 E – Extraído
 H – Hígido
 M – Restauração metálica

PF – Prótese fixa
 RE – Restauração estética
 SP – Selamento provisório
 T – Traumatismo
 X – Extração indicada

Presença de placa visível: NÃO SIM data / /

Presença de sangramento espontâneo: NÃO SIM data / /

Presença de sangramento à sondagem em pelo menos 10% dos sítios* presentes: NÃO SIM data / /

Presença de cálculo dentário: NÃO SIM data / /

Presença de mobilidade: NÃO SIM data / /

Presença de perda de inserção com diagnóstico de periodontite: NÃO SIM data / /

Plano de tratamento (por consulta):

| |
|--|
| |
|--|

Tratamento realizado (para o cirurgião-dentista):

| Data | Dente | Procedimentos realizados | Ass.: CD |
|------|-------|--------------------------|----------|
| / / | | | |
| / / | | | |
| / / | | | |

Necessidade de encaminhamento para a referência (para o cirurgião-dentista):

| Especialidade | Tratamento necessário | Encaminhamento | Retorno | Plano cuidado |
|---------------|-----------------------|----------------|---------|---------------|
| | | / / | / / | |
| | | / / | / / | |
| | | / / | / / | |

*Sítios de cada dente: vestibular, palatino/lingual, méso-vestibular, méso-palatino/lingual, disto-vestibular, disto-palatino/lingual.

O PARTO ESTÁ A CADA

DIA MAIS PERTO

Sugestões práticas

Você conseguiu organizar as roupas e as fraldas de que seu bebê vai precisar? Se tiver dificuldades com o enxoval, peça orientações na Unidade Básica de Saúde sobre locais de apoio para esse fim em seu município.

Peça a seu(sua) companheiro(a) ou alguém próximo de você para ajudá-la nas seguintes tarefas:

- Organizar documentos para levar no momento do parto e para dar entrada na licença-maternidade;
- Fazer a lista de telefones úteis;
- Colocar na sacola o que vocês vão levar: roupas confortáveis e absorventes para você, roupas e fraldas para o bebê, produtos de higiene pessoal;
- Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento;
- Esta caderneta;
- Cartão do SUS, se tiver.

Se você é estudante, já solicitou o atestado para o afastamento de suas atividades escolares?

Se você tem outros filhos, quem ficará com eles enquanto estiver na maternidade?

Você já sabe qual é a sua maternidade de referência para o parto ou em caso de urgência? Pergunte para sua equipe da UBS.

Conhecer a maternidade antes do parto pode deixar você mais confiante e tranquila.

- No seu grupo de gestantes, se ainda não discutiu esse ponto, considere a importância de ter uma doula (pessoa que não é profissional de saúde, mas garante apoio emocional e pode ajudar a parturiente a caminhar, usar métodos não farmacológicos de alívio da dor e garantir uma experiência de parto satisfatória).
- Preparar seu plano de parto (documento em que você explica como você planeja ter seu trabalho de parto e o parto), incluindo quem vai acompanhá-la, quais métodos deseja para alívio da dor, se quer ter uma doula, como pensa a posição no parto, procedimentos que deseja evitar, o que espera em caso de precisar de uma cesárea etc.



SEU ÚTERO JÁ ESTÁ SE PREPARANDO PARA O PARTO

É comum você sentir a barriga endurecer várias vezes ao dia.

Antes de pensar em sair para o hospital, tome um banho, repouse e veja se essas contrações continuam fortes, com duração maior que 30 segundos e regulares. Pode ser que ainda não seja o trabalho de parto, mas apenas um treinamento.

Dias ou até semanas antes do parto, poderá sair por sua vagina um muco grosso e amarelado, como clara de ovo, com rajadas de sangue, conhecido como tampão mucoso. Este é um sinal de que o colo do útero está sendo preparado para o trabalho de parto.

Como identificar o trabalho de parto

O trabalho de parto acontece em fases.

A primeira fase, conhecida como fase preparatória ou fase passiva do trabalho de parto, inicia-se como aparecimento de contrações rápidas, irregulares e com pouca força, de duração incerta, podendo perdurar algumas horas, dias ou até semanas. Essa fase é necessária para a preparação do colo do útero para o parto.

Observação: Nessa fase, ainda não há como saber quando exatamente o bebê nascerá. É uma fase importante para receber apoio familiar com alimentação adequada e conforto para descanso durante os períodos de menor incômodo.

A segunda fase, conhecida como fase ativa do trabalho de parto, começa com o surgimento de contrações mais dolorosas, com duração maior que 30 segundos cada, com intervalos mais regulares e menores que 5 minutos entre elas. Geralmente, a fase ativa do trabalho de parto dura 8 a 12 horas, mas pode durar menos ou mais, dependendo de cada mulher.





Muitas vezes, o medo e o estresse podem prolongar esse período; sentir-se tranquila e confiante pode ajudar a diminuí-los. É importante que você não se apavore quando entrar nessa fase. Conte com o apoio do(a) acompanhante e dos profissionais de saúde.

Sinais que indicam a necessidade de avaliação por profissional de saúde na maternidade de referência:

- Se a sua barriga endurecer a cada 5 minutos, por 30 segundos ou mais, permanecendo assim por mais de 1 hora.
- Caso você perca líquido pela vagina, ele pode escorrer por suas pernas, molhar a roupa ou a cama (suspeita de rompimento da bolsa das águas). Nesse caso, mesmo que não sinta as contrações, você deve ir à maternidade, pois precisa ser avaliada por um profissional.
- Na dúvida se o que está saindo pela vagina é um pouco de líquido da bolsa ou apenas corrimento, você pode usar um absorvente na calcinha e caminhar por 1 a 2 horas. Se, após esse tempo, o absorvente estiver encharcado como uma fralda de bebê com xixi, procure um serviço de saúde para ser avaliada.

O que vai acontecer quando você e seu/sua acompanhante chegarem à maternidade?

Você será acolhida e examinada por profissionais de saúde, que irão:

- 1 Oferecer acolhimento e esclarecer suas dúvidas;
- 2 Conduzir uma entrevista com técnicas para poder estabelecer uma avaliação e diagnóstico da sua situação gestacional;
- 3 Realizar o exame físico, sempre com verificação da pressão arterial e ausculta dos batimentos do coração do bebê, e avaliação de sinais e sintomas de alerta que possam aparecer;
- 4 Solicitar exames e/ou avaliar seus resultados;
- 5 Informar sobre a sua situação atual e do bebê. Combinando com você os próximos passos.

Parto e nascimento: experiências que fortalecem a mulher e o bebê.

- O parto é um momento de grande intensidade, uma vivência que marca para sempre a vida da mulher e sua família. Você terá a chance de experimentar sensações e sentimentos que podem demonstrar sua grande força como mulher e mãe.
- As contrações do trabalho de parto são como uma massagem para estimular seu bebê para a vida. Para o bebê, o trabalho de parto favorece o amadurecimento do pulmão e do sistema de defesa natural do organismo.
- Durante o trabalho de parto e o parto você pode ser atendida tanto por um médico quanto por uma enfermeira obstetra ou uma obstetritz. Essas profissionais estão preparadas para cuidar de você e de seu bebê nesse momento tão importante de sua vida. Havendo a necessidade, a equipe médica será chamada para dar continuidade ao cuidado. A assistência ao parto e nascimento de baixo risco pela enfermeira obstétrica ou obstetritz favorece um parto seguro, humanizado e prazeroso.

TRABALHO DE PARTO

Algumas coisas que você deve saber para ter um bom parto:

Você tem direito a um ambiente sossegado, privativo, arejado, sem ruídos, só para você e seu/sua acompanhante, durante o trabalho de parto e o parto. É fundamental que você seja apoiada por pessoas que lhe tragam ânimo e confiança e, se você for adolescente, isso pode fazer ainda mais diferença nesse momento!

Você também pode ser apoiada por uma doula. Doulas são mulheres que sabem ajudar outras mulheres no momento do trabalho de parto e no parto, dando coragem e confiança, ajudando a achar as melhores posições durante o trabalho de parto. Elas oferecem apoio físico e emocional neste momento intenso. Veja se na maternidade há disponibilidade deste apoio pelas doulas. Atenção: elas não substituem o acompanhante.

Métodos de alívio da dor

O contato com a água (como banho de chuveiro), uso da bola, do cavalinho, massagens e caminhadas podem lhe ajudar a lidar com a dor.

Em alguns casos, pode ser necessária a analgesia farmacológica. Converse com o profissional sobre a existência dessa opção no estabelecimento de saúde. Converse também com os profissionais sobre as vantagens e desvantagens de cada escolha possível.

Existem vários procedimentos que não devem ser realizados de rotina, mas apenas em algumas situações. Por exemplo:



Lavagem intestinal - é desagradável e desnecessária; durante o trabalho de parto você esvaziará seu intestino naturalmente e isso não provoca infecção nem faz mal ao bebê.



Raspagem dos pelos íntimos - não é preciso fazer; nem em casa, nem quando chegar à maternidade. Seus pelos são uma proteção natural para a vagina.



Soro com ocitocina - torna as contrações mais incômodas e dificulta sua movimentação. Pode ser administrado em alguns casos para induzir o parto (em gestações de alto risco) ou quando não há contrações uterinas, com trabalho de parto arrastado.



Episiotomia - é um corte no períneo e na vagina; ao contrário do que muitos pensam, não é habitualmente necessário, não “protege” o períneo nem evita problemas futuros como incontinência urinária e prolapso. Pode causar dor e desconforto após o parto e aumentar os riscos de infecção. Além disso, também já foi comprovado que a episiotomia de rotina, além de não proteger, aumenta o risco de lacerações graves.



O QUE VOCÊ PODE FAZER

PARA FAVORECER SEU PARTO

Você pode mudar de posição, buscando maior conforto em cada momento: sentada, deitada de lado, ajoelhada, de cócoras, sentada na bola ou no banquinho, de quatro, de pé ou caminhando. Essas posições ajudam a aliviar a dor.

- **Caminhar e movimentar-se** podem diminuir o tempo do parto.
- **Tomar banho de chuveiro ou banheira** é uma ótima possibilidade para aliviar a dor.
- **Beber água e ingerir alimentos** dão mais força e energia para você e seu bebê. Ajudam na contração do útero e na sensação de força e bem-estar.
- **Respirar profundamente**, se quiser, ajuda a manter a calma durante o período de dor e desconforto causados pelo trabalho de parto.

Durante todo o período de internação para o parto, **você tem o direito, garantido por lei, a um acompanhante de sua escolha**. É importante que essa pessoa tenha conhecimento sobre como apoiar durante sua internação na maternidade. Você pode escolher as posições que consigam lhe trazer a melhor sensação de conforto. Experimente e encontre a posição mais adequada para você. Peça ajuda da equipe de profissionais e de seu acompanhante.



SUGESTÃO DE POSIÇÕES PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO VAGINAL

POSIÇÃO DE CÓCORAS



APOIO NO ACOMPANHANTE



PENSE EM
ALGUMA COISA QUE
POSSA AJUDÁ-LA NO
TRABALHO DE PARTO.
POR EXEMPLO,
OUVIR MÚSICA.

SENTAR NA BOLA



DE JOELHO OU
QUATRO APOIOS



PARTO

E NASCIMENTO

O parto é uma grande experiência para a mulher, para o bebê e, também, para o(a) parceiro(a). Pode ser um momento de grande satisfação: a saída do bebê, o fim das contrações e o encontro com esse pequeno ser.

Você deve ter ouvido falar várias coisas sobre a dor sentida durante o parto vaginal. É importante conhecer as fases do trabalho de parto e saber que essa dor pode variar de intensidade de mulher para mulher e se tornar maior se a mulher estiver tensa ou com medo.

É importante que, durante o trabalho de parto e parto, a equipe de profissionais de saúde monitore os seus sinais vitais e os batimentos do seu bebê. Essa avaliação frequente é fundamental para que o nascimento ocorra de forma segura e humanizada.

Você está acostumada a ver as mulheres deitadas para o parto, mas as posições de cócoras, sentada ou de joelhos são melhores para favorecer a saída do bebê: o canal de parto fica mais curto, a abertura da vagina fica maior e a circulação de oxigênio para o bebê é melhor.

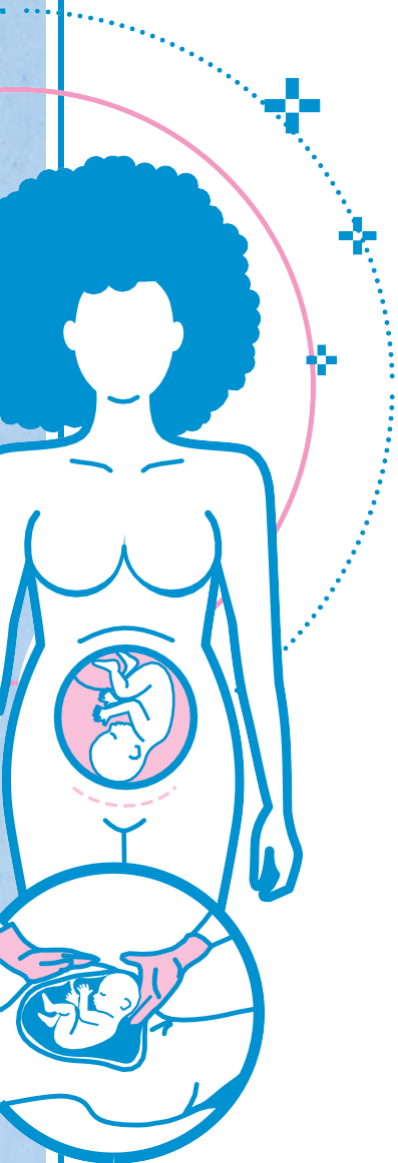
Experimente e encontre a posição mais adequada para você. Peça ajuda da equipe de profissionais para lhe auxiliar!

MEDOS E ANSEIOS

SOBRE O PARTO

O medo sobre as questões relacionadas à gestação e ao parto, oriundo de uma experiência pessoal anterior ou mesmo de uma experiência familiar ou cultural é uma situação comum.

Com relação ao parto vaginal: há o medo da dor do trabalho de parto e da saída do bebê; da possibilidade de laceração do perineo; de entrar em trabalho de parto e necessitar de uma cesariana de urgência; do risco de agravos ao bebê; de não conseguir vaga em uma maternidade; entre diversos outros.



Para auxiliar nessas situações de medo e na escolha do parto, o mais correto é que, desde as primeiras consultas de pré-natal, você, juntamente com a equipe de saúde da UBS, discuta sobre como vai ser o seu cuidado ao chegar na maternidade, como é o acompanhamento do trabalho de parto, que possibilidades existem, quais os métodos que você pode solicitar para alívio da dor e em quais situações o seu acompanhante pode ajudar.

Com base nas melhores evidências científicas existentes até o momento e na ausência de indicações maternas e/ou fetais para a realização de parto cesariano, o SUS preconiza a assistência ao parto vaginal seguro, de qualidade e humanizado como orientação de rotina às gestantes.

Cesárea (cesariana)

A cesárea pode ser necessária para salvar a vida da mulher e da criança, como no caso de o bebê estar atravessado ou em sofrimento, quando o cordão ou a placenta está fora do lugar e impedindo a saída da criança e em poucas e raras doenças graves, entre outras razões. É importante que você saiba que a cesariana é uma cirurgia de grande porte que também pode apresentar riscos de complicações tanto para a mulher quanto para o bebê. Há várias vantagens com o parto normal na maioria dos casos, incluindo para a saúde em longo prazo, tanto para a mulher quanto para a criança.

Para auxiliar nessas situações de medo e na escolha do parto, o mais correto é que, desde as primeiras consultas de pré-natal, você, juntamente com a equipe de saúde da UBS, discuta sobre como vai ser o seu cuidado ao chegar na maternidade,

como é o acompanhamento do trabalho de parto, que possibilidades existem, quais os métodos que você pode solicitar para alívio da dor e em quais situações o seu acompanhante e/ou a doula podem e devem ajudar.

Com base nas melhores evidências científicas existentes até o momento e na ausência de indicações maternas e/ou fetais para a realização de cesárea, o SUS preconiza a assistência ao parto vaginal seguro, de qualidade e humanizado como orientação de rotina às gestantes.

Mesmo que uma cesariana tenha que ser indicada, passar pelas contrações do trabalho de parto é benéfico para o bebê e para a mulher.



Caso a gestante seja HIV positivo, o tipo de parto vai depender do seu estado de saúde. Realizar o acompanhamento e tratamento corretos durante todo o pré-natal é o mais importante. Peça informação da sua equipe de pré-natal sobre como é possível diminuir os riscos de transmissão do vírus para o seu bebê.



Este espaço é para o profissional de saúde anotar os dados de seu parto.

Tipo de parto: vaginal
cesariana

descreva a indicação:

Sangramento: normal
aumentado

Episiotomia: não

sim (descreva a indicação: _____)

Intercorrências no parto:

Medicamentos usados:

Alta da maternidade:

DIU pós-parto: () sim () não

Recém-nascido (RN):

prematuro a

termo

Apgar: 1º minuto _____ 5º minuto _____

Peso na alta: _____ kg

Visita domiciliar: _____

Registre aqui suas impressões e emoções quando encontrou seu bebê pela primeira vez.

PRIMEIRO ENCONTRO:

O NASCIMENTO

Este é um momento único em sua vida e na vida de seu bebê. O primeiro encontro ainda no ambiente do parto é fundamental para esta relação. Se ele nascer bem, você deve ser a primeira pessoa a pegá-lo e acariciá-lo. Esse contato imediato, pele a pele, é necessário para a imunidade do bebê, para a sensação de segurança e de que ele é bem-vindo à vida. Afinal, ele também espera por esse encontro como você. Incentive seu(sua) parceiro(a) a ficar junto de vocês. Será um momento inesquecível para ele(a) também.

OLHE QUEM CHEGOU!

Nome: _____

Filho de _____ e _____

Data de nascimento: _____

Nasceu em (cidade/Estado): _____

Profissionais de saúde que cuidaram de você
e de seu bebê:



Certidão de Nascimento: seu filho ou sua filha é um(a) cidadão(ã) brasileiro(a).

Com o Registro de Nascimento, seu(sua) filho(a) será um indivíduo com nome e sobrenome. Nesse registro, estará escrito que ele(ela) nasceu no Brasil, ou seja, que é um(a) cidadão(ã) brasileiro(a). Dessa forma, terá muitos direitos garantidos: atendimento à saúde, creche, matrícula escolar, recebimento dos benefícios dos programas sociais e muitos outros.

O Registro Civil de Nascimento é obrigatório e ninguém precisa pagar pela primeira via, é gratuita.

Procure o cartório de registro civil do lugar onde seu (sua) filho(a) nasceu ou onde você mora. Algumas maternidades oferecem esse serviço.

Como tirar a Certidão de Nascimento:

- A certidão deve ser feita logo após o nascimento da criança, no hospital onde ela nasceu, se houver uma unidade de cartório local.
- Caso não tenha serviço de cartório na maternidade, os pais ou responsáveis devem ir ao cartório mais próximo, levando os próprios documentos e a Declaração de Nascido Vivo (DNV), entregue pelo hospital.

- Se o pai não puder ir registrar o(a) filho(a), a mãe pode providenciar a Certidão de Nascimento sozinha, levando a Certidão de Casamento ou uma declaração do pai com firma reconhecida em cartório.
- Se a mãe não tiver esta declaração do pai ou se o pai for desconhecido, ela poderá tirar a Certidão de Nascimento apenas em seu nome.
- Depois o pai deverá comparecer ao cartório para registrar a paternidade, espontaneamente ou em cumprimento de determinação judicial.
- Se os pais não tiverem o próprio Registro Civil de Nascimento, devem primeiro providenciar os seus para depois registrar a criança.
- Se a criança nascer fora do hospital e não tiver a DNV, será preciso procurar o cartório com duas testemunhas que confirmem a gestação e o parto.
- Se os pais forem menores de 18 anos, os avós ou os responsáveis também deverão comparecer ao cartório.
- Pela Lei 13484/2017, você poderá escolher ou a cidade onde o bebê nasceu ou a cidade onde você mora como a naturalidade do seu bebê.
- Se a mãe for indígena, deve apresentar também o Registro Administrativo de Nascimento de Indígena (RANI) a fim de orientar o cartório a realizar corretamente o registro da criança. Em alguns locais, ainda existe um entendimento errado de que seria necessariamente exigido o RANI para a emissão da certidão de nascimento de indígenas. No entanto, no Manual de Procedimentos – Acesso à documentação civil para indígenas, elaborado pela Funai, fica claro na página 15 que, para fazer o Registro Civil de Nascimento, é necessário a via da DNV ou Registro Administrativo de Nascimento de Indígena (RANI). Ou seja,

qualquer um dos dois documentos Será suficiente. O manual pode ser acessado pelo *Qrcode* abaixo:



OS PRIMEIROS CUIDADOS DE UMA NOVA VIDA

EM FAMÍLIA

A chegada do bebê desperta sentimentos variados. Todos que vivem em torno dele terão a necessidade de se adaptar.

Depois que chegar em casa, procure descansar sempre que seu bebê estiver dormindo. Nos primeiros dias de vida, as crianças podem trocar o dia pela noite até se adaptarem; portanto, aproveite para dormir mesmo durante o dia. Deixe que a família e outras pessoas ajudem no cuidado com o bebê e nas atividades domésticas.

Recado para o pai/parceiro(a): seu apoio é fundamental para o sucesso da amamentação.

Dica: Sempre que você ou outra pessoa for pegar seu bebê, deve antes lavar as mãos com água e sabão. Na hora de amamentar, procure um lugar tranquilo e evite ambientes com muita gente e barulho.

Aproveite esse momento para ler a Caderneta da Criança, que você recebeu na saída do hospital. Ela tem muitas orientações sobre os cuidados à criança desde o nascimento até os 9 anos de vida.

É importante ter uma alimentação saudável e beber água, para favorecer sua recuperação e a amamentação. Alimente-se 5 ou 6 vezes por dia. Evite bebidas alcoólicas, cigarro e outras drogas. Dessa forma você estará protegendo você e seu (sua) filho(a).

Para fazer o curativo no umbigo do bebê use apenas álcool 70% uma vez ao dia.

Fortes emoções

Você, que passou pelas transformações da gestação e do parto, poderá se sentir frágil e insegura em alguns momentos. Se esses sentimentos aparecerem, lembre-se de que esta fase é passageira e que logo você e seu bebê estarão mais confortáveis nesta nova vida.

O apoio do(a) parceiro(a), de sua família ou das pessoas amigas é fundamental. Algumas mulheres ficam mais tristes, têm crises de choro e dificuldade para dormir, cuidar delas mesmas ou do bebê.

Se isso acontecer com você, peça ajuda a alguém de sua família. Se os sentimentos não se resolverem ou se tornarem muito intensos, você deverá ir à Unidade de Saúde para uma avaliação.

PUERPÉRIO: VOCÊ TAMBÉM PRECISA DE CUIDADOS

Se o parto foi vaginal

Se houve laceração durante o parto, mantenha a cicatriz bem limpa, lavando-a com sabonete durante o banho ou após fazer suas necessidades, e secando bem o local. A região está cicatrizando e pode ficar dolorida. Não se preocupe, os pontos vão cair sozinhos.

Se você teve uma cesariana

Mantenha a cicatriz bem limpa, lavando com sabonete durante o banho e secando-a bem. Os pontos deverão ser retirados de 7 a 10 dias na Unidade Básica de Saúde.

- Seu útero estará voltando ao tamanho normal. Por isso é comum ter cólicas que podem aumentar de intensidade durante a amamentação. Você vai perceber uma secreção que sai pela vagina, que no início é como sangramento e depois vai diminuindo e clareando gradativamente; geralmente ela perdura por um mês ou um pouco mais.
- Se você tiver dor forte e contínua na parte de baixo da barriga, sangramento vaginal com cheiro desagradável e/ou febre, procure rapidamente uma Unidade Básica de Saúde para uma avaliação.
- Se você apresentou pressão alta, diabetes ou outro problema na gestação ou parto, os cuidados relacionados a esses problemas devem continuar após o nascimento do bebê. É importante que você receba orientações da equipe de profissionais da UBS e/ou da maternidade sobre o que fazer e quando retornar ao serviço para reavaliação.



CONTRACEPÇÃO

Logo após o parto, você e seu parceiro estarão envolvidos com os cuidados com o bebê, muitas vezes sobrando pouco tempo a sós. As relações sexuais deverão aguardar pelo menos 42 dias após o parto, sendo esse tempo necessário para seu organismo se recuperar.

Existem muitos métodos de evitar filhos, sendo alguns mais indicados durante o período de amamentação. A amamentação exclusiva já oferece alguma proteção contra uma nova gravidez até os primeiros 6 meses, mas só se a mulher estiver amamentando em livre demanda e se sua menstruação ainda não tenha retornado.

Além de outros métodos compatíveis com a amamentação durante esse período, é importante fazer uso também da camisinha. Isso porque a proteção trazida apenas pela amamentação não é plena e a camisinha ainda protege contra as IST.

É direito das mulheres e dos homens, adultos e adolescentes, conhecerem todos os métodos e suas indicações para uma escolha mais adequada. Por isso você deve ir, de preferência com seu companheiro, à consulta de puerpério, para que, junto com o profissional de saúde, possam escolher o método mais adequado nessa fase.

O SUS disponibiliza vários tipos de métodos anticoncepcionais (DIU, injeção, pílula, camisinha, diafragma). O SUS oferece a colocação do DIU de cobre na maternidade, imediatamente após o parto ou após um abortamento. É uma opção muito importante para evitar nova gestação também na fase da adolescência.

O DIU de cobre é um método seguro e muito eficaz. Ele pode ser usado por até dez anos, podendo ser retirado quando você desejar. Não tem hormônios e não interfere na amamentação. Caso queira colocar o DIU, avise aos profissionais que estiverem te acompanhando no pré-natal e também na maternidade.

Caso haja a vontade de realizar o método cirúrgico e definitivo (laqueadura e vasectomia), a contracepção pode ser feita em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce, conforme estabelecido pela Lei 14.443/2022.

A escolha de um método definitivo deve ser uma decisão muito amadurecida, pois é um procedimento irreversível na grande maioria das vezes.

CONSULTA PÓS-PARTO

Você e seu bebê devem retornar à Unidade Básica de Saúde na primeira semana após o parto. Sempre que possível, esteja acompanhada do pai/companheiro(a).

O atendimento nesse período é importante para:

- saber como está sua saúde e a de seu bebê;
- avaliar a amamentação e o sangramento vaginal;
- observar a cicatrização e retirar pontos, se necessário;
- examinar seu bebê, vacinar e realizar o teste do pezinho;
- ajudar a tirar suas dúvidas e as de sua família sobre qualquer questão em relação a sua saúde e a saúde de seu bebê;
- discutir se deseja ou não uma nova gravidez e os métodos contraceptivos mais indicados no seu caso.

Observação:

- Oriente-se com a equipe de saúde sobre retomadas atividades físicas.
- Evite carregar peso.

AMAMENTAÇÃO

Amamentando, você dá ao seu bebê uma melhor qualidade de vida. A amamentação é importante para o desenvolvimento do bebê e para sua relação com ele. Todo leite materno é forte, nutritivo e protege contra várias doenças. O colostro é o leite que primeiro desce, tem cor amarelada e é ideal para proteger o bebê nos primeiros dias.



Dicas:

- Quanto mais seu bebê mamar, mais leite você terá.
- Não coloque horário ou tempo certo para cada mamada.
- Amamente o bebê sempre que ele quiser; não dê chá, água, mingau ou outro leite sem ser o seu. Nos primeiros seis meses de vida, ele só precisa do leite materno.
- Para as mulheres adolescentes, a amamentação pode ser mais **desafiadora**, tanto pela pouca experiência e conhecimento sobre a amamentação, quanto pelo medo da dor e constrangimento com a possível exposição pública do ato. Mas com uma rede de apoio e persistência, o sucesso é acessível!
- Para que o bebê sugue bem o leite, encontre uma posição em que ele fique tranquilo e que você fique relaxada e confortável. Você pode amamentar deitada, sentada ou em qualquer posição que seja boa para os dois.
- As mulheres portadoras do vírus HIV ou HTLV não devem amamentar, pois o vírus pode ser transmitido pelo leite materno para a criança. Essas mulheres têm o direito de receber gratuitamente, pelo SUS, uma fórmula infantil para alimentar a criança.
- Sabendo que o vírus do HIV, causador da aids, pode ser transmitido pelo leite materno, orienta-se que toda mulher que amamenta deve usar **camisinha durante as relações sexuais**, para se prevenir da infecção durante o período de amamentação e de passar o vírus para o seu bebê.
- **Atenção:** Também não é indicado que uma mulher amamente outra criança que não seja seu filho. **Não deixe que outra pessoa amamente seu bebê!**

VANTAGENS DA

AMAMENTAÇÃO

Para o bebê:

- Promove uma interação profunda entre mãe e filho;
- Ajuda no desenvolvimento motor e emocional da criança;
- É mais nutritiva e protege contra doenças, como infecções, alergias, asma, desnutrição;

- Previne problemas dentários;
- Previne problemas respiratórios.

Para a mãe:

- Fortalece o vínculo com o bebê;
- Faz o útero voltar mais rápido ao tamanho natural;
- Reduz o risco de hemorragia e anemia após o parto;
- Ajuda na redução mais rápida de seu peso;
- Reduz o risco de câncer de mama e ovário no futuro;
- É mais econômica e higiênica: você só precisa lavar as mãos com frequência e manter a higiene habitual;
- É mais prática e segura: o leite está sempre pronto e fresco, na temperatura certa e não se estraga quando ofertado diretamente do peito.

Algumas dicas para o sucesso da amamentação:

- O bebê deve pegar bem o peito, abocanhando a aréola (parte escura da mama) com os lábios virados para fora, encostando o queixo na mama e deixando o nariz livre. Não dê chupetas para seu bebê, pois pode atrapalhar a pega e a sucção do leite;
- Lave sua mama só com água; não passe sabonete nem pomada nas mamas. Mantenha sempre o sutiã seco;
- Em caso de rachaduras nos mamilos, observe se a pega está correta e tente ajustar a posição do bebê.
- Em caso de mamas muito cheias ou endurecidas, é necessário massagear as mamas para auxílio na retirada do excesso de leite; esse ato promoverá alívio para você; facilitará a pega pelo bebê.
- Você pode ajudar e muito outras famílias sendo uma doadora de leite materno. Verifique na Unidade de Saúde se há posto de coleta ou banco de leite perto de sua casa e como você pode doar. Veja link de acesso a Rede Brasileira de BLH: <https://rblh.fiocruz.br/localizacao-dos-blhs>
- Em caso de problemas com a amamentação, procure orientação com os profissionais da unidade de saúde.
- Para mais informações sobre amamentação e cuidados com o bebê, consulte a Caderneta da Criança.

Você sabia?

- A mulher que fez uma cesariana pode ter parto vaginal na gravidez seguinte;
- A mulher pode lavar a cabeça desde o primeiro dia após o parto;
- O bebê não provoca rachaduras no peito da mãe quando arrotta sobre ele, nem faz secar o leite;
- A mulher grávida pode e deve fazer tratamento odontológico.

PERDA GESTACIONAL

Às vezes, uma gravidez pode chegar ao fim antes do esperado. A perda gestacional pode acontecer, especialmente durante os primeiros três meses de gravidez. Se isso acontecer, não significa que você não poderá engravidar novamente. Busque apoio e converse com um(a) profissional de saúde sobre suas dúvidas.

2023 Ministério da Saúde.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

BY NC ND

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvms.saude.gov.br.



— 2023 — versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Gestão do Cuidado Integral
Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher
SRTVN, Quadra 701, lote D, Edifício PO700, 5º andar
CEP: 70719-040 – Brasília/DF Tel.: (61) 3315-9114
Site: <http://www.saude.gov.br>

Organização:

Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher -
COSMU/ DGCI/SAPS/MS

Coordenação técnica geral:

Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher -
COSMU/ DGCI/SAPS/MS

Revisão:

Sidrack Demosthenes Luiz Teodoro de Souza

Colaboração:

Melania Maria Ramos de Amorim
Maria Esther Albuquerque Vilela

Apoio:

Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher -
COSMU/ DGCI/SAPS/MS

Coordenação de Atenção à Saúde da Criança
e do Adolescente – CACRIAD/DGCI/SAPS/MS

Coordenação de Saúde do Homem –
COSAH/DGCI/SAPS/MS

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição –
CGAN/DEPPROS/SAPS/MS

Coordenação-Geral de Saúde Bucal –
CGSB/DESCO/SAPS/MS

Coordenação-Geral do Programa Nacional
de Imunizações – CGPNI/DEIDT/SVSA/MS

Secretaria Especial de Saúde Indígena –
SESAI/MS

Coordenação de comunicação:

Priscilla Faria Lima Leonel

Coordenação editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva

Revisão de texto:

Cláudia Amorim Souto

Projeto gráfico, capa, diagramação e ilustrações
Roosevelt Ribeiro Teixeira

Normalização:

Luciana Cerqueira Brito – Editora MS/CGDI
OS 2023/0084

Unidade

Nome Como quer ser chamada

Endereço Cidade

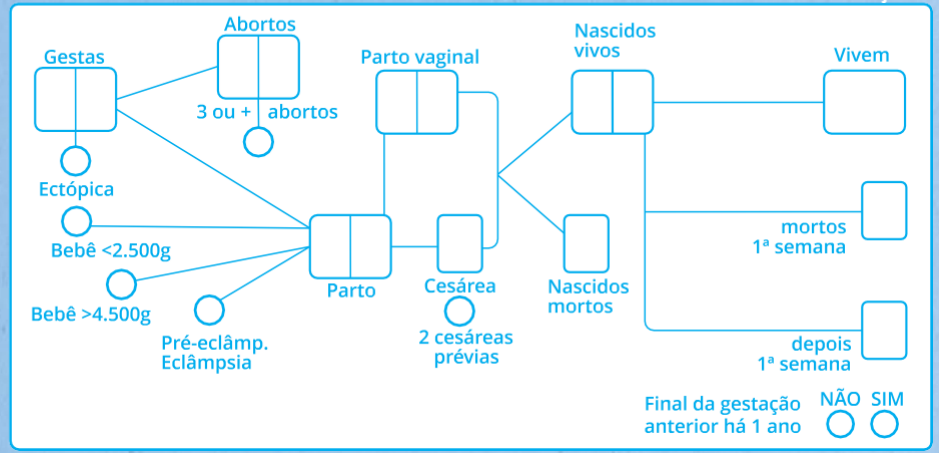
Idade Anos Estado civil/união Casada Solteira Instrução Nenhuma Fundamental Médio Superior Altura (cm) Gravidez planejada

União estável Outro

Peso anterior Gravidez Baixo risco Alto risco

DUM Tipo de gravidez Única Gemelar Tripla ou mais Ignorada

DPP Hospitalização na gravidez SIM NÃO Dias Grupo sanguíneo Sensibilizada Rh+ SIM Rh- NÃO



Transferida SIM NÃO Local Data / /

Antecedentes familiares SIM NÃO Diabetes Hipertensão arterial Gemelar Outros

Antecedentes Clínicos NÃO SIM Diabetes Infecção urinária Infertilidade Dific. amament.

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

| Exames | Data | Resultado | Data | Resultado |
|------------------|------|-----------|------|-----------|
| Hemoglobina | / / | | / / | |
| Hematócrito | / / | | / / | |
| Cultura de Urina | / / | | / / | |
| HIV | / / | | / / | |
| VDRL | / / | | / / | |
| Toxoplasmose | / / | | / / | |

NÃO SIM

NÃO SIM Anemia Inc. istmocervical Ameaça de parto premat. Isoimunização Rh Oligo/polidrâmnio Rotura premat. de membrana CIUR Pós-datismo Febre

| Exames | Data | Resultado |
|---------------------------------|------|-----------|
| ABO/Rh | / / | |
| Coombs Indireto | / / | |
| HbsAg | / / | |
| HTLV | / / | |
| Glicemia em jejum | / / | |
| Teste oral tolerância à glicose | / / | |

Vacina antitetânica (dT) Sem informação de imunização Imunizada há menos de 5 anos Imunizada há mais de 5 anos 1º dose / / 2º dose / / 3º dose / / Reforço / /

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

Eletroforese de Hemoglobina Padrão AA Heterozigose outros AS AC Homozigose outros SS SC Vacina Influenza Data / / Vacina dTpa Data / / Vacina COVID-19 Data / /

Vacina Hepatite B Imunizada 1º dose / / 2º dose (1 mês após 1º dose) / / 3º dose (6 meses após 1º dose) / /

Ultrassonografia

| Data | IG USG | Peso fetal | Outros |
|------|--------|------------|--------|
| / / | | | |
| / / | | | |
| / / | | | |
| / / | | | |

Suplementação Ácido fólico Uso por um mês antes de engravidar SIM NÃO SIM NÃO 1º mês 2º mês 3º mês

Tratamento Sífilis 1ª dose / / 2ª dose / / 3ª dose / /

Malária somente para gestantes da Região Amazônica

| Neg. | Pos. | / | / | / | / | / | / | / | / |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Suplementação Sulfato ferroso SIM NÃO 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|
| | | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | Assinatura |
| | | | | | | | | | 13 | | | | | | | | | | Assinatura |
| | | | | | | | | | 12 | | | | | | | | | | Assinatura |
| | | | | | | | | | 11 | | | | | | | | | | Assinatura |
| | | | | | | | | | 10 | | | | | | | | | | Assinatura |
| | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | Assinatura |
| | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | Assinatura |
| | | | | | | | | | 7 | | | | | | | | | | Assinatura |
| | | | | | | | | | 6 | | | | | | | | | | Assinatura |
| | | | | | | | | | 5 | | | | | | | | | | Assinatura |
| | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | Assinatura |
| | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | Assinatura |
| | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | Assinatura |
| | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | Assinatura |

Data

IG - DUM/USG

Peso (Kg)/IMC

Pressão arterial (mmHg)

Altura Uterina (cm)

BCF/Mov./fetal

Cipou de

educativa

NÃO

/ /

/ /

/ /

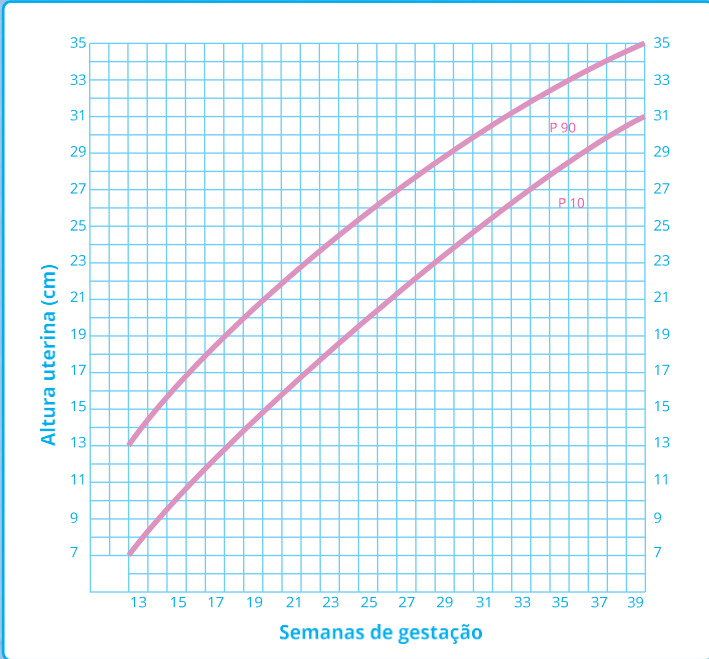
ou visita

irmidade

NÃO

/ /

Curva de altura uterina



Parto e nascimento

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Idade gest. Semanas <input type="text"/> | Início trab. parto Espontâneo <input type="radio"/> Induzido <input type="radio"/> | Terminação Espontâneo <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/> Fórceps <input type="radio"/> Outros <input type="radio"/> |
| Parto Laceração <input type="radio"/> <input type="radio"/> Dequit. espont. <input type="radio"/> <input type="radio"/> Placenta compl. <input type="radio"/> <input type="radio"/> | Medicação no parto Anestesia local <input type="radio"/> Ocitocina <input type="radio"/> Anestesia reg. <input type="radio"/> Antibiótico <input type="radio"/> Anestesia geral <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Analgesia <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> | |

Recém-nascido

| | |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Semanas | <input type="text"/> |
| Sexo | Fem. <input type="radio"/> Masc. <input type="radio"/> |
| VDRL | Neg. <input type="radio"/> Posit. <input type="radio"/> |
| APGAR | 1° min. <input type="text"/> 5° min. <input type="text"/> |
| Reanimação | NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> |
| Ex. Físico imediato | Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> |
| Peso | <input type="text"/> < 2.500g <input type="radio"/> Estatura <input type="text"/> |
| Peso/IG | Adequado <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Pequeno <input type="radio"/> |
| Per. cef. | <input type="text"/> Idade exame físi. <input type="text"/> Menor de 37 <input type="radio"/> |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alta materna <input type="radio"/> Saudia <input type="radio"/> Transf. <input type="radio"/> Com patol. Óbito: <input type="radio"/> Gravidez <input type="radio"/> Parto | Alta recém-nascido <input type="radio"/> Sadio <input type="radio"/> Transf. <input type="radio"/> Com patol. Óbito: <input type="radio"/> Fetal <input type="radio"/> Intraparto <input type="radio"/> Pós-parto | Patologias R.N. <input type="radio"/> Nenhuma <input type="radio"/> M. hial. <input type="radio"/> Apneias <input type="radio"/> Infecção <input type="radio"/> S. asp. <input type="radio"/> Hemor. <input type="radio"/> Neurol. <input type="radio"/> Hiperb. <input type="radio"/> Ass. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Nome: _____ | Mês/Ano: _____ |
| Setor de trabalho: _____ | Cargo: _____ |
| Horário de trabalho: _____ | |
| Os horários registrados neste formulário devem ser de forma manual e de total responsabilidade do funcionário | |

| Dia | Horário de Entrada | Intervalo para Refeição | | Horário de Saída | Entrada Extra ou Plantão | Intervalo para Refeição | | Saída Extra ou Plantão | 24 Horas | | Assinatura do Funcionário | Assinatura do Enfermeiro |
|-----|--------------------|-------------------------|---------|------------------|--------------------------|-------------------------|---------|------------------------|----------|-----|---------------------------|--------------------------|
| | | Saída | Retorno | | | Saída | Retorno | | Sim | Não | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | | | |
| 31 | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |

Observação: _____

Obs.: O registro de ponto deverá ser realizado de acordo com o horário cumprido pelo servidor e não com base no horário de trabalho definido. Ao final de cada dia 15 do referente mês encaminha se a folha de pagamento para o setor de Recursos Humanos.

Autorizo o processamento e o pagamento da folha, conforme apresentado.

Faltas: _____

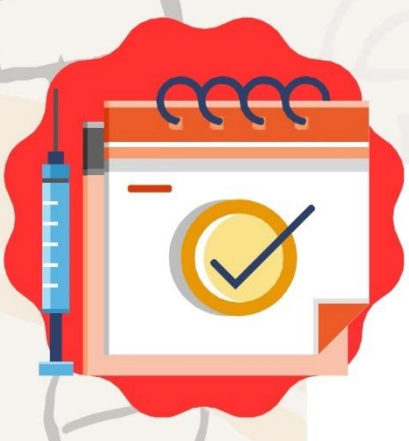
Adicional Noturno: _____

QUATRO PASSOS PARA VACINAR CONTRA A



PASSO 1

TEXTO A DEFINIR



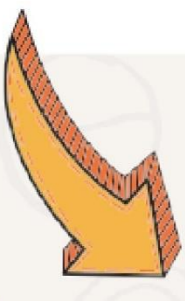
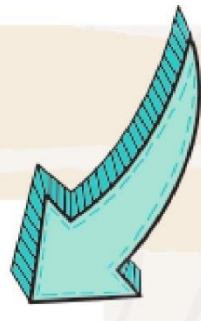
PASSO 2

TEXTO A DEFINIR



PASSO 3

TEXTO A DEFINIR



PASSO 4

TEXTO A DEFINIR



ESPECIFICAÇÕES

O texto do layout deverá ser escrito conforme as informações repassadas na época da campanha.
Tamanho: 20cm comp x 40cm alt.
Quantidade: 2.000U



23

cod. 17599.



MUNICÍPIO DE PRESIDENTE OLEGÁRIO

Praça Dr. Castilho, 10 - Centro - CEP 38750-000 - CNPJ: 18.602.060/0001-40
Tel.: (34) 3811-1233 - FAX: (34) 3811-0070 - www.po.mg.gov.br

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Você foi submetido a uma intervenção cirúrgica. Para obter seu pronto restabelecimento, é necessário seguir as seguintes instruções:

- 1- Use compressa de gelo na face nas primeiras 12 horas;
- 2- É proibido fazer bochecho e ficar lavando a boca nas primeiras 24 horas;
- 3- Alimentação fria ou gelada, líquida ou pastosa;
- 4- Não fazer esforço físico;
- 5- Não ficar exposto ao sol;
- 6- O dema (inchaço) e dor leve nos 4 (quatro) primeiros dias é normal;
- 7- Deitar com a cabeça mais elevada em relação ao corpo, coloque almofadas junto com o travesseiro;
- 8- Mantenha a higiene bucal rigorosa escovando os dentes das áreas não envolvidas na cirurgia;
- 9- Na extração do 3º molar (siso) pode ocorrer Parestesia Transitória (anestesia do lábio e gengiva), fique tranquilo, a sensibilidade volta depois de alguns dias ou semanas.

RETORNO: Cirurgião Dentista: _____ CRO: _____

Não se esqueça de voltar ao consultório no dia marcado para remoção dos pontos e controle.

Presidente Olegário, ____/____/____

cod. 8372

24

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que

foi por mim atendido(a) em nosso estabelecimento de saúde na
presente data às _____ horas.

Como Acompanhante

Como Paciente

Presidente Olegário, ____ / ____ / ____.

Assinatura e Carimbo



**HOSPITAL
MUNICIPAL**

Darci José Fernandes

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 18.602.060/0001-40 CNES: 21.01432



25

ram 5
33959

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, a pedido do interessado, que

portador do CPF.: _____, foi atendido(a),
nesta data, permanecendo neste estabelecimento de
saúde, no horário de _____ às _____ horas.

() Como acompanhante

() Como paciente

Presidente Olegário/MG, ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Profissional



ENCAMINHAMENTO

31 31963
Item

Para: _____

Encaminho o paciente _____
_____ para avaliação e conduta.

Motivo do encaminhamento

Assinatura do Profissional

32

cod. 473

ENCAMINHAMENTO

DE: _____

PARA: _____

Estamos encaminhando o(a) paciente: _____

_____ para avaliação e conduta.

Motivo do encaminhamento: _____

Dia: ____ / ____ / ____

Horário: _____.

Local: _____

Assinatura do Profissional da UBS

Contra referência: _____

Assinatura/Carimbo: _____

31974

33

OSPITAL MUNICIPAL DE PRESIDENTE OLEGÁRIO

Rua José Batista Marra, s/nº - Tel.: (34) 3811-1467 - 3811-2211 - CEP: 38750-000 - Presidente Olegário - MG

SERVIÇO DE RADIOLOGIA

Item 32

Nome: _____ Nº Exame: _____

Origem: _____ Mat.: _____ Data: ____/____/____

...nico do Dr. (a):

Envelope para DVD de Raio-X

34

31075





Nome _____

Data. / / PSF _____

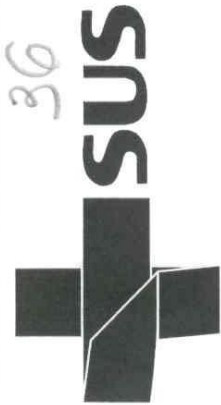
Exame _____

cod. 23194 35

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Saúde da Família |  SUS Sistema Único de Saúde |
| SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE MUNICÍPIO DE PRESIDENTE OLEGÁRIO | |
| NOME: _____ | DATA NASCIMENTO: ____/____/____ |
| UNIDADE DE SAÚDE: () PSF: _____ () UNIDADE DE INTERNAÇÃO () PRONTO SOCORRO | LEITO: _____ |
| EXAME(S): _____ | |
| INDICAÇÃO CLÍNICA: _____ | |
| SE PSF, EXAMES REALIZADOS NOS ÚLTIMOS 30 DIAS: _____ | |
| CARIMBO E ASSINATURA MÉDICO _____ | DATA DE ATENDIMENTO ____/____/____ |

Item 34

cod. 2898



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E AÇÃO SOCIAL DE PRESIDENTE OLEGÁRIO/MG

FICHA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Nome: _____ Data Nasc.: ____/____/____

Sexo: _____ Estado Civil: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Responsável: _____ Profissão: _____

Núcleo: _____ Cir. Dentista: _____

Exame extra bucal: _____

Exame intra bucal: _____

Exame Geral: _____

Higiene Bucal: Ótima Regulador Ruim

História Médica:

Alergia a medicamento Hepatite Insufic. Cardíaca

Anemia Diabetes Insuficiência Respiratória

HIV Hipertensão Outros

Faz uso de medicamentos? Quais? _____

Declaro que as respostas acima são verdadeiras

Data: ____/____/____ Ass. do Responsável: _____

AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Autorizo meu (minha) filho (a) cujos dados de identificação forneço na ficha anexa a participar.

Procedimentos preventivos e curativos realizados no consultório odontológico.

Data: ____/____/____

cod. 425 / 37

| | | |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------|
| PREFEITURA DE PRESIDENTE OLEGÁRIO-MG | FICHA DA CRIANÇA Centro de Saúde | Nº de Inscrição |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------|

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: ____ Naturalidade: _____
Mãe: _____

| CRESCIMENTO | | | | | | | | | VACINA | | | | | | | |
|-------------|------|--------|--------------------|--------------------|------|-------|------|--------|--------------------|--------------------|---------|-------|----------|-----|--------------|--------|
| Idade | Peso | Altura | Perímetro Cefálico | Perímetro Torácico | Data | Idade | Peso | Altura | Perímetro Cefálico | Perímetro Torácico | Doses | Sabin | Triplíce | BCG | Anti-Sarampo | Outras |
| | | | | | | | | | | | 1ª | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 2ª | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 3ª | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 1º Ref. | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 2º Ref. | | | | | |

DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO

| Data | Temperatura |
|------|-------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

31968

| DATA E HORA | PRESCRIÇÃO |
|--------------------|-------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| DATA E HORA | EVOLUÇÃO CLÍNICA |
|--------------------|-------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| DATA E HORA | EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM |
|--------------------|-------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

TERMO DE DESISTÊNCIA

LIBERAÇÃO DE ENFERMAGEM

| | | N° | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Problema / Condição Avaliada* | Doenças Transmissíveis | Tuberculose | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Hanseníase | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Dengue | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | DST | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Rastreamento | Câncer do Colo do Útero | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Câncer de Mama | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Risco cardiovascular | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Outros | CIAP2 - 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | CIAP2 - 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | CID10 - 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exames Solicitados(S) e Avaliados (A) | Colesterol total | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | | | |
| | Creatinina | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | EAS/EQU | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | Eletrcardiograma | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | Eletrforese de Hemoglobina | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | Espirometria | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | Exame de escarro | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | Glicemia | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | HDL | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | Hemoglobina Glicada | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | Hemograma | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | LDL | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | Retinografia / Fundo de Olho com oftalmologista | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | Sorologia de Sífilis (VDRL) | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | Sorologia para Dengue | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | Sorologia para HIV | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | Teste indireto de antígeno de superfície humana (tíia) | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | Teste da orelhinha | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | Teste de Gravidez | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | Teste do olhinho | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | Teste do pezinho | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | Ultrassonografia obstétrica | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | Urocultura | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | |
| | Outros (SIA) | <input type="checkbox"/> | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A |
| | | <input type="checkbox"/> | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A |
| | | <input type="checkbox"/> | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A |
| | | <input type="checkbox"/> | | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A | S | A |
| | Se usou alguma PIC, indicar qual (ver legenda) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Ficou em Observação? | | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | |
| | NASFPolo | Avaliação / Diagnóstico | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Procedimentos Clínicos / Terapêutico | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Prescrição Terapêutica | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Condição* | Retorno para consulta agendada | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Retorno p/ cuidado continuado/programado | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Agendamento para Grupos | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Agendamento p/ NASF | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Alta do episódio | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Encaminhamento | Encaminhamento Interno no Dia | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | Encaminhamento p/ Serviço Especializado | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | Encaminhamento p/ CAPS | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | Encaminhamento p/ Internação Hospitalar | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Encaminhamento p/ Urgência | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Encaminhamento p/ Serviço de Atenção Domiciliar | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Encaminhamento Intersetorial | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

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

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa **Aleitação Materno:** 01 - Exclusivo 02 - Predominante 03 - Complementado 04 - Inexistente

Modalidade de AD: Destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo semanais. AD3: usuário com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

PIC: 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia aplicada à saúde 03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Termalismo/Crenoterapia 06 - Práticas corporais e mentais 07 - Técnicas manuais em PICs 08 - Outras * Campo Obstetário

cod. JB454

40



FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA:*

_____-____

/ /

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

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

| PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7) | | TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7) | | PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5) | |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01 | Comunidade em geral | <input type="checkbox"/> 01 | Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i> | <input type="checkbox"/> 01 | Antropometria |
| <input type="checkbox"/> 02 | Criança 0 a 3 anos | <input type="checkbox"/> 02 | Agravos negligenciados | <input type="checkbox"/> 02 | Apliação tópica de flúor |
| <input type="checkbox"/> 03 | Criança 4 a 5 anos | <input type="checkbox"/> 03 | Alimentação saudável | <input type="checkbox"/> 03 | Desenvolvimento da linguagem |
| <input type="checkbox"/> 04 | Criança 6 a 11 anos | <input type="checkbox"/> 04 | Autocuidado de pessoas com doenças crônicas | <input type="checkbox"/> 04 | Escovação dental supervisionada |
| <input type="checkbox"/> 05 | Adolescente | <input type="checkbox"/> 05 | Cidadania e direitos humanos | <input type="checkbox"/> 05 | Práticas corporais e atividade física |
| <input type="checkbox"/> 06 | Mulher | <input type="checkbox"/> 06 | Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas | <input type="checkbox"/> 06 | PNCT Sessão 1 |
| <input type="checkbox"/> 07 | Gestante | <input type="checkbox"/> 07 | Envelhecimento/climatério/andropausa/etc | <input type="checkbox"/> 07 | PNCT Sessão 2 |
| <input type="checkbox"/> 08 | Homem | <input type="checkbox"/> 08 | Plantas medicinais/fitoterapia | <input type="checkbox"/> 08 | PNCT Sessão 3 |
| <input type="checkbox"/> 09 | Familiares | <input type="checkbox"/> 09 | Prevenção da violência e promoção da cultura da paz | <input type="checkbox"/> 09 | PNCT Sessão 4 |
| <input type="checkbox"/> 10 | Idoso | <input type="checkbox"/> 10 | Saúde ambiental | <input type="checkbox"/> 10 | Saúde auditiva |
| <input type="checkbox"/> 11 | Pessoas com doenças crônicas | <input type="checkbox"/> 11 | Saúde bucal | <input type="checkbox"/> 11 | Saúde ocular |
| <input type="checkbox"/> 12 | Usuário de tabaco | <input type="checkbox"/> 12 | Saúde do trabalhador | <input type="checkbox"/> 12 | Verificação da situação vacinal |
| <input type="checkbox"/> 13 | Usuário de álcool | <input type="checkbox"/> 13 | Saúde mental | <input type="checkbox"/> 13 | Outras |
| <input type="checkbox"/> 14 | Usuário de outras drogas | <input type="checkbox"/> 14 | Saúde sexual e reprodutiva | <input type="checkbox"/> 14 | Outro procedimento coletivo Código do SIGTAP _____ |
| <input type="checkbox"/> 15 | Pessoas com sofrimento ou transtorno mental | <input type="checkbox"/> 15 | Semana saúde na escola | | |
| <input type="checkbox"/> 16 | Profissional de educação | <input type="checkbox"/> 16 | Outros | | |
| <input type="checkbox"/> 17 | Outros | | | | |

Item 39 Verso

Obrigatório somente
para antropometria

| Nº | CNS DO CIDADÃO*** | DATA DE NASCIMENTO** | SEXO** | AVALIAÇÃO ALTERADA | PESO (kg) | ALTURA (cm) | PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO | |
|----|-------------------|----------------------|---------|--------------------------|-----------|-------------|--------------------------------------------|--------------------------|
| | | | | | | | Cessou o hábito de fumar | Abandonou o grupo |
| 1 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35 | | / / | (F) (M) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

38458

41



CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL

| | |
|---------------|--------|
| DIGITADO POR: | DATA: |
| CONFERIDO: | FOLHA: |

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

| | | | |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------------|
| ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA | | MUNICÍPIO*: | UF*: |
| CEP*: | | | |
| BAIRRO*: | TIPO DE LOGRADOURO*: | NOME DO LOGRADOURO*: | |
| NÚMERO*: | COMPLEMENTO: | PTO. REFERÊNCIA: | MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA |

| | |
|-----------------|------------------------|
| TIPO DE IMÓVEL* | TELEFONES PARA CONTATO |
| _____ | TEL. RESIDÊNCIA: () |
| | TEL. CONTATO: () |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| CONDIÇÕES DE MORADIA | LOCALIZAÇÃO* |
| SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA* | |
| <input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiado <input type="radio"/> Alugado <input type="radio"/> Arrendado <input type="radio"/> Cedido <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra | <input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TIPO DE DOMICÍLIO | EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra |
| <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outro | <input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parceiro(a)/Meeiro(a) <input type="radio"/> Assentado(a) <input type="radio"/> Posseiro <input type="radio"/> Arrendatário(a) |
| Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____ | <input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO | MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO |
| <input type="radio"/> Pavimento <input type="radio"/> Chão Batido <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro | Alvenaria/Tijolo: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento Taipa: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento Outros: <input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material |
| Disponibilidade de Energia Elétrica? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ABASTECIMENTO DE ÁGUA | ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO |
| <input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço/Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Cisterna <input type="radio"/> Carro Pipa <input type="radio"/> Outro | <input type="radio"/> Filtrada <input type="radio"/> Fervida <input type="radio"/> Clorada <input type="radio"/> Mineral <input type="radio"/> Sem Tratamento |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO | DESTINO DO LIXO |
| <input type="radio"/> Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial <input type="radio"/> Fossa Séptica <input type="radio"/> Fossa Rudimentar <input type="radio"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outra Forma | <input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro |

| | | |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| ANIMAIS NO DOMICÍLIO? | QUAL(IS)? | Quantos: _____ |
| <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | <input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Pássaro <input type="checkbox"/> Outros | |

| FAMÍLIAS | Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR | CNS DO RESPONSÁVEL** | DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL | RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO) | NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA | RESIDE DESDE [MÊS] [ANO] | MUDOU? |
|----------|------------------------|----------------------|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | _____ | _____ | / / | ¼½1234+ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | _____ | _____ | / / | ¼½1234+ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | _____ | _____ | / / | ¼½1234+ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | _____ | _____ | / / | ¼½1234+ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

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

Assinatura

18458

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:

Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)?

Sim Não

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME:

CNS DO RESPONSÁVEL:

CARGO NA INSTITUIÇÃO:

TEL. CONTATO:

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

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

Assinatura

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

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

FA: Fora de Área

Tipo de Imóvel: 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

* Campo obrigatório

** Campo com obrigatoriedade condicional

cod. 18457

42



CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

MICROÁREA*

 Sim Não

 FA

NOME COMPLETO:*

NOME SOCIAL:

DATA DE NASCIMENTO:*

SEXO:*

RAÇA/COR:*

Etnia:**

Nº NIS (PIS/PASEP)

NOME COMPLETO DA MÃE:*

 Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:*

 Desconhecido

NACIONALIDADE:*

PAÍS DE NASCIMENTO:**

DATA DE NATURALIZAÇÃO:**

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**

DATA DE ENTRADA NO BRASIL:**

TELEFONE CELULAR: ()

E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

- Cônjuge/Companheiro(a) Filho(a) Enteadado(a) Neto(a)/Bisneto(a)
 Pai/Mãe Sogro(a) Irmão/Irmã Genro/Nora Outro parente Não parente

OCUPAÇÃO

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?*

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

- Creche Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5º a 8º)
 Pré-escola (exceto CA) Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)
 Classe de Alfabetização - CA Ensino Médio Especial
 Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries Ensino Médio EJA (Supletivo)
 Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
 Ensino Fundamental Completo Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)
 Ensino Fundamental Especial Nenhum
 Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

- Empregador
 Assalariado com carteira de trabalho
 Assalariado sem carteira de trabalho
 Autônomo com previdência social
 Autônomo sem previdência social
 Aposentado/Pensionista
 Desempregado
 Não trabalha
 Servidor público/militar
 Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? Adulto Responsável Outra(s) Criança(s) Adolescente Sozinha Creche OutroFREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? Sim NãoPARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? Sim NãoPOSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? Sim NãoÉ MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? Sim Não

SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?

 Sim Não

SE SIM, QUAL?

- Heterossexual Bissexual Outra
 Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?

 Sim Não

SE SIM, QUAL?

- Homem transexual Travesti
 Mulher transexual Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*

 Sim Não

SE SIM, QUAL(IS)?

- Auditiva Intelectual/Cognitiva Outra
 Visual Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

 Mudança de território Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:

Data do óbito:**

Número da D.O.:

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

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

18457

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

| CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS | | SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA? |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 QUAL(IS):** <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 | | |
| FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| TEM DIABETES? <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? _____ |
| TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe | | ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| 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"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe | | USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____ |
| | | 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 | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| 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 | | SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____ |
| RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____ |
| QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes | | TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| 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 | | SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras |

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 à pergunta anterior

COZINHA COMUNITÁRIA - PRESIDENTE OLEGÁRIO-MG

Atesto que esta entidade recebeu as seguintes mercadorias citadas abaixo. Mercadorias estas adquiridas pelos Programas de Aquisição de Alimentos PAA e PNAE.

1992

43

46 cod. 32260

FORNECEDOR(A): _____
Responsável pelo recebimento: _____
Data da Entrega: _____ Hora de Entrega: _____
Entregador: _____

| PRODUTOS | QUANTIDADE |
|----------|------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

OBSERVAÇÕES:

Declaro ainda que o(s) produto(s) recebido(s) acima está(ão) de acordo com os padrões de qualidade aceito(s) por esta instituição, pelo(s) qual(is) concedemos a aceitabilidade, comprometendo-nos a dar destinação final aos produtos recebidos.

Ass. do Fornecedor / Entregador

Ass. do Responsável pelo Recebimento

Item 42
2 Vias

COZINHA COMUNITÁRIA - PRESIDENTE OLEGÁRIO-MG

Atesto que esta entidade recebeu as seguintes mercadorias citadas abaixo. Mercadorias estas adquiridas pelos Programas de Aquisição de Alimentos PAA e PNAE.

1992

45

46 cod. 32260

FORNECEDOR(A): _____
Responsável pelo recebimento: _____
Data da Entrega: _____ Hora de Entrega: _____
Entregador: _____

| PRODUTOS | QUANTIDADE |
|----------|------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

OBSERVAÇÕES:

Declaro ainda que o(s) produto(s) recebido(s) acima está(ão) de acordo com os padrões de qualidade aceito(s) por esta instituição, pelo(s) qual(is) concedemos a aceitabilidade, comprometendo-nos a dar destinação final aos produtos recebidos.

Ass. do Fornecedor / Entregador

Ass. do Responsável pelo Recebimento

cod. 23186

Item 44



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE OLEGÁRIO

Secretaria Municipal de Saúde

REFERÊNCIA

01 - CÓDIGO DA UNIDADE

02 - NOME DA UNIDADE

03 - MUNICÍPIO

DADOS DO PACIENTE

04 - NOME DO PACIENTE

05 - ENDEREÇO

08 - CONTATO

07 - PRONTUÁRIO

08 - SEXO

MASC

FEM

09 - IDADE EM ANOS

10 - SOLICITAÇÃO

11 - MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO, INCLUIR OS DADOS DE ANAMNESE, EXAME FÍSICO E PROPEDÊNTICA JÁ REALIZADAS (ANEXAR CÓPIAS) HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

12 - MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)

13 - DATA

CONTRA-REFERÊNCIA

14 - NOME DO PACIENTE

15 - PRONTUÁRIO

16 - NOME DA UNIDADE

- RELATO DA CONSULTA E CONDUTA

18 - DIAGNÓSTICO DA CONSULTA

19 - CID

20 - ENCAMINHAMENTO

ALTA SEM RETORNO A UNIDADE ORIGEM
 COM RETORNO A UNIDADE DE ORIGEM

INTERNAÇÃO
 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
 OUTRA ESPECIALIDADE _____

RETORNO APÓS _____ DIAS
 COM EXAMES SEM EXAMES

LABORATÓRIO

RX

OUTROS _____

OUTROS _____

21 - MÉDICO ESPECIALISTA (ASSINATURA E CARIMBO)

22 - DATA



PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD
REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

cod. 21467

46

Item 45

| Data da atividade | Município | Código e nome da localidade | Categoria / localidade | Zona | Tipo | | Concluída | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|-----------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|----------------|-----------------|--------------------------------|-----------|-----------------|----|---|---|----|----|--------------------|----------------|---------|-------|----------------------|-------------|---------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| | | | | | 1 - Sede | 2 - Outros | | S - Sim N - Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| / | / | / | Atividade | | | Tipo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 1 - L1 - Lavantamento de Índice | 2 - L1+ T - Levantamento de Índice+Tratamento | 3 - PE - Ponto Estratégico | 1 - Sede | 2 - Outros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| / | / | / | 4 - T - Tratamento | 5 - DF - Delimitação de Foco | 6 - PVE - Pesquisa Vetorial Especial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | PESQUISA ENTOMOLÓGICA / TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seq. | Lado | Nome do Logradouro | No | Seq | Compl. | Tipo do Imóvel | Hora de Entrada | Visita (N-Normal R - Recup. | Pendência | No. de depósito | | | | | | Imóv. Inspec. (L1) | Coleta amostra | | | Depósitos Eliminados | Imov. Trat. | Tratamento | | | | Perifocal Adulticida Tipo |
| | | | | | | | | | | A1 | A2 | B | C | D1 | D2 | | E | Inicial | Final | | | Qtde. Tubitos | Qtde. Larvicida (1) (gramas) | Qtde. Larvicida (2) (gramas) | Qtde. Dep. trat. (gramas) | |

Assinatura do

Assinatura do

Tipo do

R - Residencial

PE - ponto estratégico

R - Recusado

21467

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

| Nº de imóveis trabalhados por tipo | | | |
|------------------------------------|----------|-------|-------|
| Residência | Comércio | TB | PE |
| | | Outro | Total |

| Nº imóveis | | | |
|-------------|-----------------|-----------------|--------------|
| Trat. Focal | Trat. Perifocal | Inspe- cionados | Recu- perado |

| Nº Tubitos / Amostras Coletadas |
|---------------------------------|
| |

| Pendência | |
|-----------|-----------|
| Recusa | Ferriados |

| Nº depósitos inspecionados por tipo | | | | | |
|-------------------------------------|----|---|---|----|-------|
| A1 | A2 | B | C | D1 | D2 |
| | | | | | E |
| | | | | | Total |

TB - terreno baldio

PE - Ponto Estratégico

| Eliminado | Depósitos | | | | | |
|-----------|----------------|------------------|------|----------------|------------------|------|
| | Tratados | | | Larvicida (2) | | |
| | Larvicida (1) | Tratados | | Larvicida (2) | Tratados | |
| | Qtde. (Gramas) | Qtde. dep. trat. | Tipo | Qtde. (Gramas) | Qtde. dep. trat. | Tipo |

| Adulterada | |
|------------|----------------|
| Tipo | Qtde. (Cargas) |

| Nº e seq. dos quarteirões trabalhados | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|
| / | / | / | / | / | / |
| / | / | / | / | / | / |
| Nº e seq. dos quarteirões concluídos | | | | | |
| / | / | / | / | / | / |
| / | / | / | / | / | / |

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

| Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti | | | | | |
|---------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| / | / | / | / | / | / |
| / | / | / | / | / | / |

| Nº e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus | | | | | |
|------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| / | / | / | / | / | / |
| / | / | / | / | / | / |

| Nº depósitos com espécimes por tipo | | | | | |
|-------------------------------------|----|---|---|----|-------|
| A1 | A2 | B | C | D1 | D2 |
| | | | | | E |
| | | | | | Total |

| Nº de imóveis com espécimes por tipo | | | | | |
|--------------------------------------|---|----|----|---|-------|
| R | C | TB | PE | O | Total |
| | | | | | |

| Nº de exemplares | | | |
|------------------|-------|----------------|---------|
| Larvas | Pupas | Exuvia de Pupa | Adultos |
| | | | |

TB - terreno baldio PE - Ponto Estratégico

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
E - Depósitos naturais

C - Depósitos fixos

| |
|-----------------|
| Data da entrada |
|-----------------|

| |
|-------------------|
| Data da conclusão |
|-------------------|

| |
|-------------|
| Laboratório |
|-------------|

| |
|---------------|
| Laboratorista |
|---------------|

| |
|------------|
| Assinatura |
|------------|

50

Item 49



FORMULÁRIO DE TROCA DE PLANTÃO

Eu _____ Matrícula N° _____

Solicito troca de Plantão do dia ____/____/____ (_____) Horário de _____ às _____ h
(dia da semana)

Com _____ Matrícula N° _____

Para o dia ____/____/____ (_____) Horário de _____ às _____ h.
(dia da semana)

Ass. Solicitante: _____

Ass. Plantonista: _____

Ass. Chefe Imediato _____

Presidente Olegário, _____ de _____ de _____

A troca de plantão só será efetuada entre os funcionários de uma mesma categoria funcional. A troca de plantão só poderá ser feita no mesmo mês. (Não pode ser troca a combinar).

cod. 9231

Item 50



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE OLEGÁRIO

GUIA DE ENCAMINHAMENTO INTERMUNICIPAL

DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE

ORIGEM

PRESIDENTE OLEGÁRIO

DESTINO

DADOS DO PACIENTE

NOME

ENDEREÇO

MUNICÍPIO/BAIRRO

PRESIDENTE OLEGÁRIO- MINAS GERAIS

MÉDICO SOLICITANTE

DATA DA EMISSÃO:

CPF DO MÉDICO:

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO

MOTIVO

DIAGNÓSTICO INICIAL (CID)

CLÍNICA:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

cod. 9231

Item 50
2° Via amarela



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE OLEGÁRIO

GUIA DE ENCAMINHAMENTO INTERMUNICIPAL

DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE

ORIGEM
PRESIDENTE OLEGÁRIO

DESTINO

DADOS DO PACIENTE

NOME

ENDEREÇO

MUNICÍPIO/BAIRRO
PRESIDENTE OLEGÁRIO- MINAS GERAIS

| | | |
|---------------------------|-------------------------|-----------------------|
| MÉDICO SOLICITANTE | DATA DA EMISSÃO: | CPF DO MÉDICO: |
|---------------------------|-------------------------|-----------------------|

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO

MOTIVO

DIAGNÓSTICO INICIAL (CID)

CLÍNICA:

PROCEDIMENTO SOLICITADO



LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

| | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------|-----------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|
| SCA DE ORI- GEM | 01 ÓRGÃO DE ORIGEM | | 02 CÓDIGO | | 03 ANEXO AO PEDIDO Nº | |
| | PACIENTE | 04 NOME | | | | 05 IDENTIDADE |
| 06 RESIDÊNCIA | | TEL | CEP | | | |
| 07 PROFISSÃO | | | | 08 DATA DE NASCIMENTO | | |
| ACOMPANHAN- TE | 09 NOME | | | | 10 IDENTIDADE | |
| | 11 RESIDÊNCIA | | TEL | CEP | 12 RELAÇÃO COM O PACIENTE | |
| 13 HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL | | | | | | |
| 14 EXAME FÍSICO | | | | | | |
| 15 DIAGNÓSTICO PROVÁVEL | | | | | | CID |
| 16 EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) REALIZADO(S) - ANEXAR CÓPIAS | | | | | | |
| 17 TRATAMENTO(S) REALIZADO(S) | | | | | | |
| 18 TRATAMENTO / EXAME INDICADO | | | | | | |
| 24 JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO/EXAME NA LOCALIDADE | | | | | | |
| 25 JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO URGENTE | | | | | | |
| 26 JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE | | | | | | |
| 27 TRANSPORTE RECOMENDÁVEL - JUSTIFICAR | | | | | | |
| 28 OUTRAS ANOTAÇÕES | | | | | | |
| Local e Data | | | | Médico Assistente | | |
| 29 PARECER DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> AUTORIZADO | | <input type="checkbox"/> COM ACOMPANHANTE | | | | |
| <input type="checkbox"/> NFGADO | | <input type="checkbox"/> SEM ACOMPANHANTE | | | | |
| | | | | | | Ass. Diretor de Saúde |



PREFEITURA DE PRESIDENTE OLEGÁRIO

CEP 38750-000 - ESTADO DE MINAS GERAIS

LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

| | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|--|
| SCA DE ORIGEM | 01 ÓRGÃO DE ORIGEM | | 02 CÓDIGO | | 03 ANEXO AO PEDIDO Nº | |
| | PACIENTE | 04 NOME | | | 05 IDENTIDADE | |
| 06 RESIDÊNCIA | | TEL | CEP | | | |
| 07 PROFISSÃO | | | 08 DATA DE NASCIMENTO | | | |
| ACOMPANHANTE | 09 NOME | | | 10 IDENTIDADE | | |
| | 11 RESIDÊNCIA | | TEL | CEP | 12 RELAÇÃO COM O PACIENTE | |
| 13 HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL | | | | | | |
| 14 EXAME FÍSICO | | | | | | |
| 15 DIAGNÓSTICO PROVÁVEL | | | | | CID | |
| 16 EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) REALIZADO(S) - ANEXAR CÓPIAS | | | | | | |
| 17 TRATAMENTO(S) REALIZADO(S) | | | | | | |
| 18 TRATAMENTO / EXAME INDICADO | | | | | | |
| 24 JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO/EXAME NA LOCALIDADE | | | | | | |
| 25 JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO URGENTE | | | | | | |
| 26 JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE | | | | | | |
| 27 TRANSPORTE RECOMENDÁVEL - JUSTIFICAR | | | | | | |
| 28 OUTRAS ANOTAÇÕES | | | | | | |
| Local e Data | | | | Médico Assistente | | |
| 29 PARECER DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> AUTORIZADO | | <input type="checkbox"/> COM ACOMPANHANTE | | | | |
| <input type="checkbox"/> NEGADO | | <input type="checkbox"/> SEM ACOMPANHANTE | | Ass. Diretor de Saúde | | |

Sistema Assistencial dos SUDS - 2ª Via Órgão de Destino - 3ª Via Órgão de Origem



PREFEITURA DE PRESIDENTE OLEGÁRIO

CEP 38750-000 - ESTADO DE MINAS GERAIS

LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------|---------------------------|
| SCA DE ORIGEM | 01 ÓRGÃO DE ORIGEM | 02 CÓDIGO | 03 ANEXO AO PEDIDO Nº |
| | PACIENTE | | 05 IDENTIDADE |
| PACIENTE | 04 NOME | TEL | CEP |
| | 06 RESIDÊNCIA | TEL | CEP |
| | 07 PROFISSÃO | 08 DATA DE NASCIMENTO | |
| ACOMPANHANTE | 09 NOME | 10 IDENTIDADE | |
| | 11 RESIDÊNCIA | TEL | CEP |
| | | | 12 RELAÇÃO COM O PACIENTE |
| 13 HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL | | | |
| 14 EXAME FÍSICO | | | |
| 15 DIAGNÓSTICO PROVÁVEL | | | CID |
| 16 EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) REALIZADO(S) - ANEXAR CÓPIAS | | | |
| 17 TRATAMENTO(S) REALIZADO(S) | | | |
| 18 TRATAMENTO / EXAME INDICADO | | | |
| 24 JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO/EXAME NA LOCALIDADE | | | |
| 25 JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO URGENTE | | | |
| 26 JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE | | | |
| 27 TRANSPORTE RECOMENDÁVEL - JUSTIFICAR | | | |
| 28 OUTRAS ANOTAÇÕES | | | |
| Local e Data | | Médico Assistente | |
| 29 PARECER DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | | | |
| <input type="checkbox"/> AUTORIZADO | | <input type="checkbox"/> COM ACOMPANHANTE | |
| <input type="checkbox"/> NEGADO | | <input type="checkbox"/> SEM ACOMPANHANTE | |
| | | | Ass. Diretor de Saúde |

Assistencial dos SUDS - 2ª Via Órgão de Destino - 3ª Via Órgão de Origem



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

Masc. 1Fem. 3

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DDD

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS

() CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

26987



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

Masc. 1

Fem. 3

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

cod. 31967

Item 53



Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

Masc. 1

Fem. 3

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS

() CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

cod. 31967



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

Masc.

Fem.

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

cod. 463

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS

() CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

9822



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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"/> Fem. <input type="checkbox"/> | RAÇA/COR |
| 8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | 9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE | DDD | |
| 10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) | TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE | DDD | |
| 11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | 12 - Cód. 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

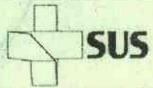
| | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO | 42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) |
| 40 - DOCUMENTO () CNS () CPF | 41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | |

AUTORIZAÇÃO

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 44 - Cód. ÓRGÃO 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 a / / |

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

9822



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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. Fem. RAÇA/COR _____
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____ 9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____ 11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 12 - Cód. 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 - Cód. ÓRGÃO 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)

23093 56

MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

| | |
|----------------|-----------|
| DIGITADO POR: | DATA: / / |
| CONFERIDO POR: | FOLHA Nº: |

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

Nº CARTÃO SUS: _____

Nome do Cidadão:*

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

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

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

* Campo Obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

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

58 cod. 32256

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF: MG | NUMERO: 0721 0001 | B2

<<SERIE B1>>

de de

PACIENTE

MEDICAMENTO

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF: MG | NUMERO: N° 0721 0001 | B2

<<SERIE B1>>

de de

Paciente:

Endereço:

Assinatura do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Secretaria Municipal de Saúde de
Presidente Olegário - MG
Praça Afonso de Sá, 180 - Centro
Presidente Olegário - MG CEP 38750-000
CNPJ: 18.602.060/0001-40

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Endereço:

Telefone:

Identidade N°:

Órgão Emissor:

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor

Data

Numeração fixa não pode alterar

INICAR A NUMERAÇÃO N°0721 0001
bloco.
terminara com a numeração 4999

NA COR VERMELHA

100 BLOCOS COM 50 Folhas por
Começa com a numeração 0001 e

Muita atenção
nesta parte,
obedeça aos n.º.

57 cod. 32255

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF: MG | NUMERO: N° 0721 0001 | B1

<<SERIE B1>>

de de

PACIENTE

MEDICAMENTO

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF: MG | NUMERO: N° 0721 0001 | B1

<<SERIE B1>>

de de

Paciente:

Endereço:

Assinatura do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Secretaria Municipal de Saúde de
Presidente Olegário - MG CEP 38750-000
Praça Afonso de Sá, 180 - Centro
CNPJ: 18.602.060/0001-40

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Endereço:

Telefone:

Identidade N°:

Órgão Emissor:

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor

Data

Numeração fixa não pode alterar N°0721

INICAR A NUMERAÇÃO N°0721 0001
bloco.

Começa com a numeração 0001 e terminara com a numeração 19999

NA COR VERMELHA

400 BLOCOS COM 50 Folhas CADA



Todo cuidado é pouco quando o assunto é a saúde bucal dos bebês. Apesar dos dentes de leite serem temporários, eles ainda estão suscetíveis ao aparecimento de cáries e infecções. Por isso, fazer uma higiene bucal correta nos bebês é fundamental.

Ainda na gravidez

Sabia que a saúde bucal da mãe reflete no bebê? Durante a gestação, a criança corre risco de contrair bactérias e infecções. A gestante deve procurar a Unidade Básica de Saúde a partir do seu primeiro trimestre de gravidez.



Primeira ida ao dentista

O primeiro dentinho do bebê apontou? Já é hora dele fazer uma visita ao dentista. O profissional irá analisar se há riscos ou ocorrências de cáries, além de incentivar os pais a fazer a higienização bucal da criança corretamente.

Cuidados em casa

Bebê precisa de higienização bucal? Sim! O ideal é, ainda no primeiro ano de vida, limpar as gengivas dele pelo menos duas vezes ao dia (de manhã e à noite). O cuidado ajuda a prevenir o aparecimento de bactérias e acúmulo de comida.



Boquinha Higienizada

Higienizar a boquinha do bebê não tem muito segredo. Com a ajuda de uma gaze limpa e úmida, limpe delicadamente as gengivas da criança.

Primeira escovação

Os dentinhos começaram a nascer? Então chegou a hora da primeira escovação. Nessa fase, use uma escova de dentes adequada (pequena, com cerdas macias) e um creme dental sem flúor.



Prevenir nunca é demais

Não deixar o bebê dormir durante a amamentação ou com a mamadeira na boca e não compartilhar seus utensílios, como canudos ou copos, isso já pode ajudar minimizando os riscos de desenvolvimento de bactérias.





MUNICÍPIO DE PRESIDENTE OLEGÁRIO-MG

61

Item 60



**HOSPITAL
MUNICIPAL**

Darci José Fernandes

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MUNICÍPIO DE PRESIDENTE OLEGÁRIO

SUS



Sistema
Único
de Saúde

NOME:

DATA NASCIMENTO:

____/____/____

UNIDADE DE SAÚDE:

LEITO:

() PSF: _____ () UNIDADE DE INTERNAÇÃO () PRONTO SOCORRO

EXAME(S):

INDICAÇÃO CLÍNICA:

SE PSF, EXAMES REALIZADOS NOS ÚLTIMOS 30 DIAS:

CARIMBO E ASSINATURA MÉDICO

DATA DE ATENDIMENTO ____/____/____



ESPECIFICAÇÕES

Papel Fotográfico; Alta resolução;

Gramatura: 130 g/m²

Tamanho: A4(210mmx297mm)

Tipo: Autoadesivo Glossy Brilhante

Cor: Branco

Quantidade: 250 folhas





cod. 9232

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PRESIDENTE OLEGÁRIO

PROGRAMA PLANEJAMENTO FAMILIAR

PRONTUÁRIO GERAL: _____

REGISTRO PLANEJAMENTO FAMILIAR: _____ FONE: _____

NOME: _____ DATA NASC.: ____/____/____

GRAU DE INSTRUÇÃO: _____ Nº DE FILHOS: _____

GESTANTE DE ALTO RISCO? _____ SIM _____ NÃO _____ DHEG

MÉTODO CONTRACEPTIVO UTILIZADO: _____

CÔNJUGE: _____ DATA NASC.: ____/____/____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

PARTICIPOU DE TODAS AS REUNIÕES: _____

MÉTODO ESCOLHIDO: _____

DIAGNÓSTICO DO PROCEDIMENTO SEGUNDO MÉDICO / CID: _____

PRESIDENTE OLEGÁRIO, _____ DE _____ DE 20 _____

 ASSINATURA DO CLIENTE

 ASSINATURA DO CÔNJUGE

 PLANEJAMENTO FAMILIAR

 MÉDICO CRM

cod. 17675



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRESIDENTE OLEGÁRIO
PROGRAMA PLANEJAMENTO FAMILIAR**

**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA
CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA**

Eu, _____

Residente à _____

voluntariamente a solicito contracepção cirúrgica e afirmo que, pelas explicações que me deram entendi o seguinte:

- 1) Métodos anticoncepcionais temporários estão disponíveis e me foram oferecidos.
- 2) A contracepção cirúrgica me foi explicada pela Equipe Assistente.
- 3) Essa cirurgia envolve desconforto e riscos como qualquer outra cirurgia.
- 4) Se eu não me submeter à cirurgia, a equipe me orientará sobre outros métodos contraceptivos
- 5) A contracepção cirurgica é um método considerado na prática como definitivo e a cirurgia de reversão não é oferecida de modo rotineiro pelo SUS.

Data ____/____/____

Assinatura do Cliente - Documento

Data ____/____/____

Assinatura do Cônjuge - Documento

Data ____/____/____

Assinatura do Médico - CRM

Médico - CRM



PRONTUÁRIO



NOME DA PESSOA DE REFERÊNCIA NA FAMÍLIA:

Nº DO PRONTUÁRIO: _____

TIPO DE UNIDADE: CRAS CREAS

Nº DA UNIDADE: ||||||||||||||||

NOME DA UNIDADE: _____

| REGISTRO SIMPLIFICADO DOS ATENDIMENTOS (CONTINUAÇÃO) | | | | | |
|------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|----------------------------------|--------|-----------------------------|
| Nº | Data de Atendimento | Nº de Ordem da pessoa | Descrição Sumária do Atendimento | Código | Nome do Técnico Responsável |
| 41 | ___/___/___ | | | | |
| 42 | ___/___/___ | | | | |
| 43 | ___/___/___ | | | | |
| 44 | ___/___/___ | | | | |
| 45 | ___/___/___ | | | | |
| 46 | ___/___/___ | | | | |
| 47 | ___/___/___ | | | | |
| 48 | ___/___/___ | | | | |
| 49 | ___/___/___ | | | | |
| 50 | ___/___/___ | | | | |
| 51 | ___/___/___ | | | | |
| 52 | ___/___/___ | | | | |
| 53 | ___/___/___ | | | | |
| 54 | ___/___/___ | | | | |
| 55 | ___/___/___ | | | | |
| 56 | ___/___/___ | | | | |
| 57 | ___/___/___ | | | | |
| 58 | ___/___/___ | | | | |
| 59 | ___/___/___ | | | | |
| 60 | ___/___/___ | | | | |
| 61 | ___/___/___ | | | | |
| 62 | ___/___/___ | | | | |
| 63 | ___/___/___ | | | | |
| 64 | ___/___/___ | | | | |
| 65 | ___/___/___ | | | | |
| 66 | ___/___/___ | | | | |
| 67 | ___/___/___ | | | | |
| 68 | ___/___/___ | | | | |
| 69 | ___/___/___ | | | | |
| 70 | ___/___/___ | | | | |
| 71 | ___/___/___ | | | | |
| 72 | ___/___/___ | | | | |
| 73 | ___/___/___ | | | | |
| 74 | ___/___/___ | | | | |
| 75 | ___/___/___ | | | | |
| 76 | ___/___/___ | | | | |
| 77 | ___/___/___ | | | | |
| 78 | ___/___/___ | | | | |
| 79 | ___/___/___ | | | | |
| 80 | ___/___/___ | | | | |

Códigos auxiliares para Descrição Sumária dos Atendimentos:

1- Atendimento socioassistencial individualizado; **2** - Atendimento em atividade coletiva de caráter continuado; **3** - Participação em atividade coletiva de caráter não continuado; **4** - Cadastro/Atualização Cadastral; **5** - Acompanhamento de MSE; **6** - Solicitação/Concessão de Benefício Eventual; **7** - Visita Domiciliar; **9** - Outros

PREZADO(A) PROFISSIONAL, LEIA COM ATENÇÃO ESTA PÁGINA ANTES DE INICIAR O USO DESSE INSTRUMENTO

APÓS A LEITURA, DESTAQUE ESTA PÁGINA PARA FACILITAR O MANUSEIO DO PRONTUÁRIO

O Prontuário SUAS é um instrumento técnico que tem como objetivo contribuir para a organização e qualificação do conjunto de informações necessárias ao diagnóstico, planejamento e acompanhamento do trabalho social realizado com as famílias/indivíduos. Permite aos profissionais da Unidade registrar as principais características da família e as ações realizadas com a mesma, preservando assim todo o histórico de relacionamento da família com os serviços da Unidade. A sua Unidade receberá o Manual de Instruções para utilização do Prontuário SUAS, leia-o com atenção e consulte-o sempre que achar necessário.

As anotações realizadas no Prontuário devem ser efetuadas de forma gradativa, seguindo o fluxo próprio dos atendimentos no decorrer do processo de acompanhamento familiar. É importante notar que o aspecto central e mais importante desse instrumento é possibilitar o registro organizado de informações relativas ao processo de acompanhamento da família. Dessa maneira, o Prontuário é, sobretudo, um instrumento para realizar anotações sobre riscos, vulnerabilidades e potencialidades da família, e sobre o planejamento e evolução do processo de acompanhamento. Isso significa que esse instrumento nunca deve ser utilizado como um “questionário” a ser aplicado ao usuário. Toda informação anotada/registrada (inclusive dos campos fechados) deve ser fruto do processo natural de diálogo e de escuta qualificada que são próprios do trabalho social com as famílias.

Para as famílias já inseridas no Cadastro Único de Programas Sociais, algumas informações socioeconômicas do domicílio e das pessoas já foram coletadas por profissionais do próprio município, portanto sugere-se que o formulário do CadÚnico seja impresso e anexado ao Prontuário, dispensando assim a duplicação de esforços na obtenção e registro das mesmas informações. No caso de famílias que ainda não estejam cadastradas, mas que tenham perfil CadÚnico (renda familiar per capita até ½ salário mínimo, ou renda familiar total até 3 salários mínimos) deve-se sempre providenciar o cadastramento da mesma.

Por fim, lembre-se sempre de que esse Prontuário contém informações pessoais e sigilosas. As anotações e a leitura de seu conteúdo devem ser realizadas apenas pela equipe de referência da Unidade, e exclusivamente para as ações pertinentes ao atendimento e acompanhamento da família. Os Prontuários devem ser guardados em local seguro e de acesso restrito (armário ou arquivo com chave em sala que não seja de acesso público).





Data de abertura do prontuário: ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA DE REFERÊNCIA E ENDEREÇO DA FAMÍLIA

Nome Completo da Pessoa de Referência: _____

Apelido (caso seja relevante): _____

Nome da mãe: _____

NIS da Pessoa de Referência: |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

CPF: |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

|__| |__| |__| |__| |__| |__|

Órgão: _____ UF: |__| |__|

Data de emissão: / / ____

Endereço (Rua, Av.): _____

Bairro: _____ UF: _____ CEP: |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| Município: _____

Complemento: _____

Ponto de Referência: _____

Telefones de Contato: _____

Localização do Domicílio: Urbano Rural () Assinale caso o endereço seja de um Abrigo**ATUALIZAÇÃO DO ENDEREÇO**

Data de atualização: / / ____

Endereço (Rua, Av.): _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Município: _____ UF: _____ CEP: |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| Ponto de Referência: _____

Telefone de Contato: _____

Localização do Domicílio: Urbano Rural

() Assinale caso o endereço seja de um Abrigo

FORMA DE INGRESSO NA UNIDADE E MOTIVO DO PRIMEIRO ATENDIMENTO

De que forma a família (ou membro da família) acessou a Unidade para o primeiro atendimento?

 Por demanda espontânea Em decorrência de Busca Ativa realizada pela equipe da unidade Em decorrência de encaminhamento realizado por outros serviços/unidades da Proteção Social Básica Em decorrência de encaminhamento realizado por outros serviços/unidades da Proteção Social Especial Em decorrência de encaminhamento realizado pela área de Saúde Em decorrência de encaminhamento realizado pela área de Educação Em decorrência de encaminhamento realizado outras políticas setoriais Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Conselho Tutelar Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Poder Judiciário Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Sistema de Garantia de Direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Delegacias) Outros encaminhamentos

Sempre que o acesso for decorrente de algum encaminhamento, identifique detalhadamente o Nome e Contato do órgão/unidade

que encaminhou o usuário: _____

Quais as razões, demandas ou necessidades que motivaram este primeiro atendimento?

Assinale abaixo caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais:

 Bolsa Família BPC PETI Outro(s) Programa(s) prioritário(s): _____

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Data da primeira anotação: ____/____/____

Atualização: ____/____/____

Atualização: ____/____/____

| Nº de Ordem | Nome Completo (Sempre começar a lista pela Pessoa de Referência) | Sexo | Data de Nascimento DD/MM/AA | Idade | * Parentesco com a pessoa de Referência | Assinale em caso de Pessoa com Deficiência | **Assinale caso seja identificada necessidade de providenciar documentação civil da pessoa |
|-------------|---------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------|-------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | | ()M ()F | ____/____/____ | | | () | <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE |
| 2 | | ()M ()F | ____/____/____ | | | () | <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE |
| 3 | | ()M ()F | ____/____/____ | | | () | <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE |
| 4 | | ()M ()F | ____/____/____ | | | () | <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE |
| 5 | | ()M ()F | ____/____/____ | | | () | <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE |
| 6 | | ()M ()F | ____/____/____ | | | () | <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE |
| 7 | | ()M ()F | ____/____/____ | | | () | <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE |
| 8 | | ()M ()F | ____/____/____ | | | () | <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE |
| 9 | | ()M ()F | ____/____/____ | | | () | <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE |
| 10 | | ()M ()F | ____/____/____ | | | () | <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE |
| 11 | | ()M ()F | ____/____/____ | | | () | <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE |
| 12 | | ()M ()F | ____/____/____ | | | () | <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE |
| 13 | | ()M ()F | ____/____/____ | | | () | <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE |
| 14 | | ()M ()F | ____/____/____ | | | () | <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE |

* **Códigos de Parentesco:** **1** - Pessoa de Referência; **2** - Cônjuge/companheiro(a); **3** - Filho(a); **4** - Enteadado(a); **5** - Neto(a), Bisneto(a); **6** - Pai/Mãe; **7** - Sogro(a); **8** - Irmão/irmã; **9** - Genro/Nora; **10** - Outro parente; **11** - Não parente** **Documentação a ser providenciada:** CN=Certidão de Nascimento / RG=Carteira de Identidade / CTPS=Carteira de Trabalho e Previdência Social / CPF=Cadastro de Pessoa Física / TE= Título de Eleitor**Atenção:** Caso necessite excluir uma pessoa da composição familiar (separação/divisão da família, óbito etc) marque um "X" sobre o número de ordem e realize na página ao lado as observações relativas à data e motivo da exclusão.**Perfil Etário do Grupo familiar**

| Faixas Etárias | Qtd. de Pessoas | Qtd. de Pessoas (Atualização) | Qtd. de Pessoas (Atualização) |
|------------------------------------|-----------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Pessoas de 0 a 6 anos | | | |
| Pessoas de 7 a 14 anos | | | |
| Pessoas de 15 a 17 anos | | | |
| Pessoas de 18 a 29 anos | | | |
| Pessoas de 30 a 59 anos | | | |
| Pessoas de 60 a 64 anos | | | |
| Pessoas de 65 a 69 anos | | | |
| Pessoas com 70 anos ou mais | | | |
| Total de Pessoas na Família | | | |

Especificidades sociais, étnicas ou culturais da família Família/pessoa em situação de rua Família quilombola Família ribeirinha Família cigana Família indígena residente em aldeia/reserva

Especifique o povo/etnia: _____

 Família indígena **não residente** em aldeia/reserva

Especifique o povo/etnia: _____

 Outras: _____



| CONDIÇÕES HABITACIONAIS DA FAMÍLIA | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Características do Domicílio | Marque o item correspondente | Utilize para atualização do domicílio |
| a. Tipo de residência | | |
| Própria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alugada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cedida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ocupada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Material das paredes externas do domicílio | | |
| Alvenaria ou madeira aparelhada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Madeira aproveitada, taipa ou outros materiais precários | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Acesso a energia elétrica | | |
| Sim, com Medidor próprio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sim, com Medidor compartilhado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sim, sem medidor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Não possui energia elétrica no domicílio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Possui água canalizada | | |
| Sim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Não | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Forma de abastecimento de água | | |
| Rede geral de distribuição | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poço ou nascente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cisterna de captação de águas de chuva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Carro pipa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outra forma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. escoamento sanitário | | |
| Rede coletora de esgoto ou pluvial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fossa séptica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fossa rudimentar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Direto para vala, rio, lago ou mar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Domicílio sem banheiro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Coleta de lixo | | |
| Sim, coleta direta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sim, coleta indireta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Não possui coleta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Qual o número total de cômodos do domicílio | | |
| Número de Cômodos | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |
| i. Qual o nº de cômodos utilizados como dormitório | | |
| Número de dormitórios | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |
| j. Quanto é o nº de pessoas do domicílio dividido pelo nº de dormitórios ? | | |
| Número médio de pessoas por dormitório | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |
| k. O domicílio possui acessibilidade para pessoas com dificuldade de locomoção? | | |
| Sim, tanto nos espaços internos como na comunicação com a rua | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sim, apenas nos espaços internos, mais possui "barreiras" na comunicação com a rua. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Não possui condições de acessibilidade. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. O domicílio está localizado em área de risco de desabamento ou alagamento? | | |
| Sim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Não | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. O domicílio está localizado em área de difícil acesso geográfico? | | |
| Sim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Não | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. O domicílio está localizado em área com forte presença de conflito/violência? | | |
| Sim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Não | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



CONDIÇÕES HABITACIONAIS DA FAMÍLIA

Outras observações referentes ao diagnóstico das condições habitacionais da família

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

| CONDIÇÕES EDUCACIONAIS DA FAMÍLIA | | | Data da primeira anotação: ____/____/____ | | | Data de Atualização: ____/____/____ | | | Data de Atualização: ____/____/____ | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------|------------------------------|-----------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nº de Ordem | Primeiro Nome (Liste as pessoas obedecendo sempre o mesmo nº de ordem) | Idade | Sabe ler e escrever? | Frequenta escola atualmente? | | | Escolaridade (Última série concluída com aprovação) | | | Códigos de escolaridade | |
| | | | | 1ª Anotação | Atualização | Atualização | 1ª Anotação | Atualização | Atualização | | |
| 1 | | | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | | | | 00 – Nunca frequentou escola 01 - Creche 02 - Educação Infantil 11 – 1º ano E. Fundamental 12 – 2º ano E. Fundamental 13 – 3º ano E. Fundamental 14 – 4º ano E. Fundamental 15 – 5º ano E. Fundamental 16 – 6º ano E. Fundamental 17 – 7º ano E. Fundamental 18 – 8º ano E. Fundamental 19 – 9º ano E. Fundamental 21 – 1º ano E. Médio 22 – 2º ano E. Médio 23 – 3º ano E. Médio 30 – Superior Incompleto 31 – Superior Completo 40 – EJA – Ensino Fundamental 41 – EJA – Ensino Médio 99 – Outros | |
| 2 | | | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | | | | | |
| 3 | | | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | | | | | |
| 4 | | | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | | | | | |
| 5 | | | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | | | | | |
| 6 | | | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | | | | | |
| 7 | | | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | | | | | |
| 8 | | | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | | | | | |
| 9 | | | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | | | | | |
| 10 | | | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | | | | | |
| 11 | | | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | | | | | |
| 12 | | | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | | | | | |
| 13 | | | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | | | | | |
| 14 | | | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | () Sim () Não | | | | | |

| Identificação de Vulnerabilidade Educacional | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Faixas Etárias | Qtd. de Pessoas | Qtd. de Pessoas (Atualização) | Qtd. de Pessoas (Atualização) |
| Qtd. de pessoas entre 0 e 5 anos que não estão frequentando escola ou creche | | | |
| Qtd. de pessoas entre 06 e 14 anos que não estão frequentando escola | | | |
| Qtd. de pessoas entre 15 e 17 anos que não estão frequentando escola | | | |
| Qtd. de pessoas entre 10 e 17 anos que não sabem ler/escrever | | | |
| Qtd. de pessoas entre 18 e 59 anos que não sabem ler/escrever | | | |
| Qtd. de pessoas com 60 anos ou mais que não sabem ler/escrever | | | |

| Anotações sobre o descumprimento de condicionalidades de educação no Programa Bolsa Família | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Nº de Ordem | Data da ocorrência (Mês/Ano) | Efeito* (Código) | Solicitada suspensão do efeito? | * Códigos para os Efeitos gerados por descumprimento de Condicionalidades |
| | ____/____ | | () Sim () Não | 1. Advertência 2. Bloqueio 3. Suspensão 4. Cancelamento |
| | ____/____ | | () Sim () Não | |
| | ____/____ | | () Sim () Não | |
| | ____/____ | | () Sim () Não | |
| | ____/____ | | () Sim () Não | |
| | ____/____ | | () Sim () Não | |
| | ____/____ | | () Sim () Não | |



CONDIÇÕES EDUCACIONAIS DA FAMÍLIA

Outras observações referentes ao diagnóstico das condições educacionais da família

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

| Nº de Ordem | Primeiro Nome (Liste as pessoas obedecendo sempre o mesmo nº de Ordem) | Idade | Possui Carteira de Trabalho? | Condição de Ocupação | | | Possui qualificação profissional? | Caso sim, qual? | Renda Mensal (R\$) | | |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------|----------------------|-------------|-------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------|-------------|-------------|
| | | | | 1ª Anotação | Atualização | Atualização | | | 1ª Anotação | Atualização | Atualização |
| 1 | | | () Sim () Não | | | | () Sim () Não | | | | |
| 2 | | | () Sim () Não | | | | () Sim () Não | | | | |
| 3 | | | () Sim () Não | | | | () Sim () Não | | | | |
| 4 | | | () Sim () Não | | | | () Sim () Não | | | | |
| 5 | | | () Sim () Não | | | | () Sim () Não | | | | |
| 6 | | | () Sim () Não | | | | () Sim () Não | | | | |
| 7 | | | () Sim () Não | | | | () Sim () Não | | | | |
| 8 | | | () Sim () Não | | | | () Sim () Não | | | | |
| 9 | | | () Sim () Não | | | | () Sim () Não | | | | |
| 10 | | | () Sim () Não | | | | () Sim () Não | | | | |
| 11 | | | () Sim () Não | | | | () Sim () Não | | | | |
| 12 | | | () Sim () Não | | | | () Sim () Não | | | | |
| 13 | | | () Sim () Não | | | | () Sim () Não | | | | |
| 14 | | | () Sim () Não | | | | () Sim () Não | | | | |

Códigos da Condição de Ocupação:

0 - Não Trabalha; **1** - Trabalhador por conta própria (bico, autônomo); **2** - Trabalhador temporário em área rural; **3** - Empregado sem carteira de trabalho assinada; **4** - Empregado com carteira de trabalho assinada; **5** - Trabalhador doméstico sem carteira de trabalho assinada; **6** - Trabalhador doméstico com carteira de trabalho assinada; **7** - Trabalhador não-remunerado; **8** - Militar ou servidor público; **9** - Empregador; **10** - Estagiário; **11** - Aprendiz (em condição legal)

Renda total da família: (Sem considerar a renda recebida de programas sociais)

R\$ _____ Atualizações: R\$ _____ / R\$ _____

Renda familiar per capita (Sem considerar a renda recebida de programas sociais)

R\$ _____ Atualizações: R\$ _____ / R\$ _____

A família recebe dinheiro de algum Programa Social?

Não Sim Atualizações: () S () N / () S () N

Anote o valores recebidos pela família por meio de Programas Sociais

Bolsa Família - Valor: R\$ _____ Atualizações: R\$ _____ R\$ _____

BPC - Valor: R\$ _____ Atualizações: R\$ _____ R\$ _____

PETI - Valor: R\$ _____ Atualizações: R\$ _____ R\$ _____

Outros - Valor R\$ _____ Atualizações: R\$ _____ R\$ _____

Para famílias que recebem o BPC, indique o número de ordem da(s) pessoa(s) beneficiária(s):

Nº de Ordem da(s) pessoa(s): _____

Algum membro da família é aposentado ou pensionista?

Não Sim. Se sim, indique o nº de ordem da(s) pessoa(s): _____

Qual a renda total da família, incluído o valor recebido de programas sociais?

R\$ _____ Atualizações: R\$ _____ / R\$ _____

Qual a Renda familiar per capita, incluído o valor recebido de programas sociais?

R\$ _____ Atualizações: R\$ _____ / R\$ _____

Atenção! Fique atento para identificar famílias potencialmente elegíveis aos programas de transferência de renda e que ainda não recebem o benefício ao qual têm direito. Observe sempre as regras específicas de cada Programa/Benefício.



CONDIÇÕES DE TRABALHO E RENDIMENTOS DA FAMÍLIA

Outras observações referentes ao diagnóstico das condições de trabalho e rendimentos da família

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

Importante! Para uma melhor avaliação da condição econômica da família, é necessário que além da renda, você conheça também os principais gastos/despesas da família, especialmente despesas com aluguel e com medicamentos de uso contínuo.

**Caso haja presença de pessoa com deficiência na família, preencha o quadro abaixo:**

| Nº de Ordem | Primeiro Nome | *Tipo(s) de deficiência(s) | Necessita de cuidados constantes de outra pessoa | Quem é o responsável pelo cuidado |
|-------------|---------------|----------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------|
| | | | () Sim () Não | |
| | | | () Sim () Não | |
| | | | () Sim () Não | |
| | | | () Sim () Não | |
| | | | () Sim () Não | |

*** Tipos de deficiência:**

1 - Cegueira; **2** - Baixa Visão; **3** - Surdez severa/profunda; **4** - Surdez leve/moderada; **5** - Deficiência física; **6** - Deficiência mental ou intelectual; **7** - Síndrome de Down; **8** - Transtorno/doença mental.

A família possui algum integrante que, devido ao envelhecimento ou à doença, necessite de cuidados constantes de outra pessoa para realizar atividades básicas, tais como, tomar banho, alimentar-se, ficar só em casa, locomover-se dentro de casa etc.?

Não Sim.

Caso sim, registre o Nº de Ordem e/ou nome(s) da(s) pessoa(s): _____

Quem é responsável pelo cuidado: _____

A família declara, ou fornece indícios, de que vivencia situação de insegurança alimentar devido a insuficiência de alimentos?

Não Sim. (Data da anotação: ____/____/____)

Algum membro da família é portador de alguma doença grave?

Não Sim. Caso sim, registre o Nº de Ordem e/ou nome(s) da(s) pessoa(s) e o(s) tipo(s) de doença(s): _____

Algum membro da família faz uso de remédios controlados (tarja preta) para transtornos mentais?

Não Sim. Caso sim, registre o Nº de Ordem e/ou nome(s) da(s) pessoa(s): _____

Algum membro da família faz uso abusivo de álcool? (Data da anotação: ____/____/____)

Não Sim. Caso sim, registre o Nº de Ordem e/ou nome da(s) pessoa(s): _____

Algum membro da família faz uso abusivo de crack ou outras drogas (cocaína, maconha etc)? (Data da anotação: ____/____/____)

Não Sim. Caso sim, registre o Nº de Ordem e/ou nome(s) da(s) pessoa(s) e o(s) tipo(s) de substância(s): _____

10

Registre a presença de gestante(s) na família:

| Nº de Ordem | Primeiro Nome | Quantos meses de Gestação? | Já iniciou Pré-Natal | Data da anotação |
|-------------|---------------|----------------------------|----------------------|------------------|
| | | | () Sim () Não | ____/____/____ |
| | | | () Sim () Não | ____/____/____ |
| | | | () Sim () Não | ____/____/____ |
| | | | () Sim () Não | ____/____/____ |
| | | | () Sim () Não | ____/____/____ |
| | | | () Sim () Não | ____/____/____ |

Anotações sobre descumprimento de condicionalidades de saúde no Programa Bolsa Família

| Nº de Ordem | Primeiro Nome | Semestre de ocorrência (Semestre/Ano) | *Efeito (código) | Solicitada suspensão do efeito? | * Códigos para os Efeitos gerados por descumprimento da Condicionalidades |
|-------------|---------------|---------------------------------------|------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| | | | | () Sim () Não | 1. Advertência 2. Bloqueio 3. Suspensão 4. Cancelamento |
| | | | | () Sim () Não | |
| | | | | () Sim () Não | |
| | | | | () Sim () Não | |
| | | | | () Sim () Não | |



CONDIÇÕES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Outras observações referentes ao diagnóstico das condições de saúde da família

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

Lined area for text entry

Sempre que possível, identifique e registre nessa página a Unidade Básica de Saúde que referencia esta família e o nome do Agente Comunitário de Saúde que costuma visitá-la. Essa informação pode ser útil para futuras trocas de informações intersetoriais no nível local.



ACESSO A BENEFÍCIOS EVENTUAIS

Outras observações referentes ao acesso a Benefícios Eventuais

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)



CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA

Há quantos anos a família mora neste estado: anos () a família sempre morou no estado

Há quantos anos a família mora no município: anos () a família sempre morou no município

Há quantos anos a família mora no bairro atual: anos () a família sempre morou no mesmo bairro

A família, ou algum de seus membros, é vítima de ameaças ou de discriminação na comunidade onde reside?

Sim Não *Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.*

A família possui parentes que residam próximo ao seu local de moradia e que constituam rede de apoio e solidariedade?

Sim Não *Caso sim, utilize a página ao lado caso queira anotar o nome, parentesco e contato destes parentes mais próximos.*

A família possui vizinhos que constituam rede de apoio e solidariedade?

Sim Não *Caso sim, utilize a página ao lado caso queira anotar o nome e contato de algum vizinho mais próximo.*

A família, ou algum de seus membros, participa de grupos religiosos, comunitários ou outros grupos/instituições que constituam rede de apoio e solidariedade?

Sim Não *Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.*

A família, ou algum de seus membros, participa de movimentos sociais, sindicatos, organizações comunitárias, Conselhos ou quaisquer outras ações ou instituições voltadas para organização política e defesa de interesses coletivos?

Sim Não *Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.*

Existe alguma criança ou adolescente do grupo familiar que não tem acesso a atividades de lazer, recreação e convívio social?

Sim Não Não se aplica (família sem criança/adolescente)

Existe algum idoso do grupo familiar que não tem acesso a atividades de lazer, recreação e convívio social?

Sim Não Não se aplica (família sem idoso)

Há pessoas dependentes (crianças, idosos dependentes ou pessoas com deficiência) que permanecem períodos do dia em casa sem companhia de um adulto?

Sim Não *Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.*

Relações de Convivência Intrafamiliares *

| Percepção/Avaliação do técnico sobre as relações conjugais na família, se for o caso | Nome do Técnico | Data (Mês/Ano) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|
| () Conflituoso, com violência () Conflituoso, sem violência () Sem conflitos relevantes | | ___/___ |
| () Conflituoso, com violência () Conflituoso, sem violência () Sem conflitos relevantes | | ___/___ |
| () Conflituoso, com violência () Conflituoso, sem violência () Sem conflitos relevantes | | ___/___ |
| Percepção/Avaliação do técnico sobre as relações entre pais/responsáveis e os filhos inclusive entre o padrasto ou madrasta com o(s) enteado(s), se for o caso | Nome do Técnico | Data (Mês/Ano) |
| () Conflituoso, com violência () Conflituoso, sem violência () Sem conflitos relevantes | | ___/___ |
| () Conflituoso, com violência () Conflituoso, sem violência () Sem conflitos relevantes | | ___/___ |
| () Conflituoso, com violência () Conflituoso, sem violência () Sem conflitos relevantes | | ___/___ |
| Percepção/Avaliação do técnico sobre as relações entre os irmãos , se for o caso | Nome do Técnico | Data (Mês/Ano) |
| () Conflituoso, com violência () Conflituoso, sem violência () Sem conflitos relevantes | | ___/___ |
| () Conflituoso, com violência () Conflituoso, sem violência () Sem conflitos relevantes | | ___/___ |
| () Conflituoso, com violência () Conflituoso, sem violência () Sem conflitos relevantes | | ___/___ |

*A descrição ou detalhamento dos conflitos intrafamiliares, quando pertinente, poderá ser realizada na página ao lado.

Indique se há relações conflituosas envolvendo outros indivíduos que residam no domicílio?

Sim, com presença de violência. Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações relevantes.

Sim, sem presença de violência. Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações relevantes.

Não há conflitos relevantes envolvendo outros indivíduos que residam no domicílio.



Registre a participação de membros da família em serviços, programas ou projetos que contribuam para o desenvolvimento da convivência comunitária e para o fortalecimento de vínculos.

| N | Nº de Ordem da Pessoa | Primeiro Nome da Pessoa | Serviço, Programa ou Projeto* | Unidade de realização** | Data de ingresso (mês/ano) | Data de desligamento (mês/ano) | * Códigos para Serviços, Programas ou Projetos |
|----|-----------------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | | | | | ___/___ | ___/___ | 1. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e/ou adolescentes 2. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos 3. Grupo específico desenvolvido pelo PAIF 4. Grupo específico desenvolvido pelo PAEFI 5. Programas ou projetos específicos da Assistência Social que não configurem serviços continuados 6. Programas ou projetos de outras políticas setoriais (Educação, Esporte, Cultura etc) 99. Outros |
| 2 | | | | | ___/___ | ___/___ | |
| 3 | | | | | ___/___ | ___/___ | |
| 4 | | | | | ___/___ | ___/___ | |
| 5 | | | | | ___/___ | ___/___ | |
| 6 | | | | | ___/___ | ___/___ | |
| 7 | | | | | ___/___ | ___/___ | |
| 8 | | | | | ___/___ | ___/___ | |
| 9 | | | | | ___/___ | ___/___ | |
| 10 | | | | | ___/___ | ___/___ | |
| 11 | | | | | ___/___ | ___/___ | |
| 12 | | | | | ___/___ | ___/___ | |
| 13 | | | | | ___/___ | ___/___ | |
| 14 | | | | | ___/___ | ___/___ | |
| 15 | | | | | ___/___ | ___/___ | |

**** Códigos para a Unidade de Realização do respectivo Serviço, Programa ou Projeto:**
1 - Nesta própria Unidade; **2** - Em outra Unidade Pública da rede Socioassistencial; **3** - Em unidade/entidade privada da rede socioassistencial;
4 - Em unidade de rede de educação; **9** - Outra unidade vinculada a outras políticas.

Outras observações referentes à participação de membros da família em Serviços programas ou projetos que contribuam para o desenvolvimento da convivência comunitária e para o fortalecimento de vínculos (Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deveser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

Importante! Utilize o espaço de anotações para registrar de forma precisa os dados e contatos referentes à unidade de realização do serviço, programa ou projeto, sempre que o mesmo não for realizado nesta própria Unidade.



Outras observações referentes à participação de membros da família em Serviços programas ou projetos que contribuam para o desenvolvimento da convivência comunitária e para o fortalecimento de vínculos *(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)*



| QUADRO 1 Histórico de situações de violência e violações de direitos vivenciadas pela família | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|
| Situação | A situação ainda persiste? | Data da Anotação (Mês/Ano) | (ATUALIZAÇÃO) A situação ainda persiste? | (ATUALIZAÇÃO) Data da Atualização |
| <input type="checkbox"/> Trabalho Infantil | () Sim () Não | ___/___ | () Sim () Não | ___/___ |
| <input type="checkbox"/> Exploração Sexual | () Sim () Não | ___/___ | () Sim () Não | ___/___ |
| <input type="checkbox"/> Abuso/Violência Sexual | () Sim () Não | ___/___ | () Sim () Não | ___/___ |
| <input type="checkbox"/> Violência Física | () Sim () Não | ___/___ | () Sim () Não | ___/___ |
| <input type="checkbox"/> Violência Psicológica | () Sim () Não | ___/___ | () Sim () Não | ___/___ |
| <input type="checkbox"/> Negligência contra idoso | () Sim () Não | ___/___ | () Sim () Não | ___/___ |
| <input type="checkbox"/> Negligência contra criança | () Sim () Não | ___/___ | () Sim () Não | ___/___ |
| <input type="checkbox"/> Negligência contra PCD | () Sim () Não | ___/___ | () Sim () Não | ___/___ |
| <input type="checkbox"/> Trajetória de Rua | () Sim () Não | ___/___ | () Sim () Não | ___/___ |
| <input type="checkbox"/> Tráfico de Pessoas | () Sim () Não | ___/___ | () Sim () Não | ___/___ |
| <input type="checkbox"/> Violência Patrimonial contra Idoso ou PCD | () Sim () Não | ___/___ | () Sim () Não | ___/___ |
| <input type="checkbox"/> Outra: _____ | () Sim () Não | ___/___ | () Sim () Não | ___/___ |

| QUADRO 2 - EXCLUSIVO PARA UTILIZAÇÃO PELO CRAS Caso a família esteja, ou já tenha estado, sob acompanhamento de um CREAS, registre o período em que isso ocorreu e o CREAS que realizou o acompanhamento | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|
| Data Início (Mês/Ano) | Data Final (Mês/Ano) | Identificação do CREAS |
| ___/___ | ___/___ | |
| ___/___ | ___/___ | |
| ___/___ | ___/___ | |
| ___/___ | ___/___ | |

| QUADRO 3 - EXCLUSIVO PARA UTILIZAÇÃO DO CREAS Registro obrigatório de situações de violência e violações de direitos identificadas no grupo familiar | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Utilize este Quadro para registrar situações de violência e/ou violação de direitos, atuais ou recentes, ocorridas com membros da família. Estas situações podem ter sido detectadas pelo profissional do CREAS durante o atendimento da família/indivíduo, ou já serem de conhecimento prévio, no caso em que constituem a razão pela qual a família foi incluída em acompanhamento pelo PAEFI. | | | | |
| Nº de Ordem da pessoa vitimada | * Código das Situações | Indício ou Confirmada | Data do Registro (mês/ano) | * Código de Situações |
| | | () Indício () Confirmada | ___/___ | 1. Violência Física 2. Violência Psicológica 3. Exploração Sexual 4. Abuso/Violência Sexual 5. Negligência ou Abandono 6. Trabalho Infantil 7. Trajetória de Rua 8. Tráfico de Pessoas 9. Discriminação por orientação sexual 10. Violência Patrimonial contra Idoso ou PCD 99. Outra |
| | | () Indício () Confirmada | ___/___ | |
| | | () Indício () Confirmada | ___/___ | |
| | | () Indício () Confirmada | ___/___ | |
| | | () Indício () Confirmada | ___/___ | |
| | | () Indício () Confirmada | ___/___ | |
| | | () Indício () Confirmada | ___/___ | |
| | | () Indício () Confirmada | ___/___ | |
| | | () Indício () Confirmada | ___/___ | |
| | | () Indício () Confirmada | ___/___ | |
| Todo registro incluído neste quadro deve ser transposto sem a identificação da pessoa para o Mapa Consolidado de Registros Obrigatórios deste CREAS. Além disso, o profissional deve ficar atento para a sua responsabilidade de notificar os Órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e preencher a Ficha de Notificação nos casos em que for pertinente. | | | | |

Outras observações referentes ao diagnóstico de violência e violações de direitos

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)



Histórico de Aplicação de Medidas Socioeducativas para Adolescentes

| Nº | Nº de Ordem da Pessoa | Primeiro Nome | *Tipo de Medida | Número do Processo | Data de Início (Mês/Ano) | Data de Fim (Mês/Ano) | *Códigos dos Tipos de Medida Socioeducativa |
|----|-----------------------|---------------|-----------------|--------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | | | | | ___/___ | ___/___ | 1 - Liberdade Assistida (LA) 2 - Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) 3 - Advertência 4 - Obrigação de Reparar o Dano 5 - Semi-Liberdade 6 - Internação |
| 2 | | | | | ___/___ | ___/___ | |
| 3 | | | | | ___/___ | ___/___ | |
| 4 | | | | | ___/___ | ___/___ | |
| 5 | | | | | ___/___ | ___/___ | |
| 6 | | | | | ___/___ | ___/___ | |
| 7 | | | | | ___/___ | ___/___ | |
| 8 | | | | | ___/___ | ___/___ | |
| 9 | | | | | ___/___ | ___/___ | |
| 10 | | | | | ___/___ | ___/___ | |

Caso o adolescente esteja cumprindo medida socioeducativa de LA ou PSC, registre se o mesmo foi, ou está sendo, acompanhado pelo CREAS.

| Nº | Nº de Ordem da Pessoa | Acompanhado pelo CREAS | Data da Anotação | Observação |
|----|-----------------------|------------------------|------------------|------------|
| 1 | | () Sim () Não | ___/___ | |
| 2 | | () Sim () Não | ___/___ | |
| 3 | | () Sim () Não | ___/___ | |
| 4 | | () Sim () Não | ___/___ | |
| 5 | | () Sim () Não | ___/___ | |
| 6 | | () Sim () Não | ___/___ | |
| 7 | | () Sim () Não | ___/___ | |
| 8 | | () Sim () Não | ___/___ | |
| 9 | | () Sim () Não | ___/___ | |
| 10 | | () Sim () Não | ___/___ | |

Caso esteja cumprindo medida socioeducativa de PSC registre os contatos relativos ao local de prestação do serviço e do orientador responsável:



Outras observações referentes ao histórico de cumprimento de medidas socioeducativas

As anotações relativas ao processo de acompanhamento do adolescente em cumprimento de Medida Socioeducativa pelo CREAS devem ser registradas no bloco Planejamento e Evolução do Acompanhamento Familiar

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)



Utilize o quadro abaixo para registrar eventuais situações de acolhimento institucional vivenciadas por algum membro do grupofamiliar, sejam situações atuais ou ocorridas no passado.

Histórico de acolhimento:

| Nº | Nº de Ordem da pessoa | Primeiro nome | Período do Acolhimento | | Motifvo |
|----|-----------------------|---------------|--------------------------|-----------------------|---------|
| | | | Data de Início (Mês/Ano) | Data de Fim (Mês/Ano) | |
| 1 | | | __/__/__ | __/__/__ | |
| 2 | | | __/__/__ | __/__/__ | |
| 3 | | | __/__/__ | __/__/__ | |
| 4 | | | __/__/__ | __/__/__ | |
| 5 | | | __/__/__ | __/__/__ | |
| 6 | | | __/__/__ | __/__/__ | |
| 7 | | | __/__/__ | __/__/__ | |
| 8 | | | __/__/__ | __/__/__ | |
| 9 | | | __/__/__ | __/__/__ | |
| 10 | | | __/__/__ | __/__/__ | |
| 11 | | | __/__/__ | __/__/__ | |
| 12 | | | __/__/__ | __/__/__ | |
| 13 | | | __/__/__ | __/__/__ | |
| 14 | | | __/__/__ | __/__/__ | |
| 15 | | | __/__/__ | __/__/__ | |

Sempre que possível, identifique e registre na página ao lado a instituição na qual a pessoa foi acolhida

Caso o grupo familiar, em seu conjunto, já tenha vivenciado alguma situação de acolhimento institucional (abrigo) decorrente da perda, temporária ou definitiva do domicílio, quer em função de catástrofe natural ou de fatalidade pessoal, registre o período em que o fato ocorreu e o motivo/fato que levou ao acolhimento:

Caso alguma criança/adolescente da família esteja, ou já tenha estado, sob guarda (legal ou informal) de outra pessoa não residente no domicílio (família extensa, amigos, patrões etc), registre o período em que o fato ocorreu, a razão pela qual ocorreu, a pessoa que esteve com a guarda e o nome ou número de ordem da criança/adolescente.

Outras situações de afastamento do convívio familiar:

Assinale caso a família possua algum membro adulto (pais ou filhos) em instituição prisional.

Assinale caso a família possua algum membro adolescente cumprindo medida socioeducativa de internação.

Observações referentes às situações de Acolhimento Institucional vivenciadas pela família

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

PLANEJAMENTO INICIAL:

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)



EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Entende-se por **evolução do acompanhamento familiar** todo o processo que se segue ao contato inicial com a família/indivíduo, por meio do qual o profissional aprofunda seu conhecimento sobre a realidade específica daquela família, planeja e realiza ações para alcance de determinados objetivos e avalia os resultados alcançados.

Este espaço do Prontuário é destinado às anotações qualitativas sobre aspectos importantes da vida familiar que venham a ser identificados durante o processo de acompanhamento. Deve, também, ser utilizado para anotações pertinentes aos procedimentos e atividades desenvolvidas com a família e para avaliação dos resultados obtidos.

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)



EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

A series of 35 horizontal lines for writing.

REGISTRO SINTÉTICO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

A Avaliação de Resultados do Acompanhamento Familiar pode ser realizada a qualquer momento, a critério do profissional responsável. Entretanto, recomenda-se que o registro sintético da avaliação de resultados seja preenchido, no mínimo, uma vez a cada seis meses durante o período de acompanhamento; e obrigatoriamente, sempre que houver o desligamento de uma família do PAIF ou PAEFI. A Avaliação de Resultados deve ser realizada com a participação da família acompanhada (ou indivíduo), e a avaliação do profissional também deve considerar as opiniões e percepções da própria família (ou indivíduo). Deve, ainda, haver especial atenção com a identificação dos fatores que contribuíram, ou que dificultaram, o alcance dos resultados esperados.

Nome do Profissional Responsável: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Número de meses que a família está sendo acompanhada: ____ meses

Foram efetivamente disponibilizadas para a família/indivíduo todas as ofertas de Assistência Social (em termos de serviços, benefícios, programas e projetos) cuja necessidade havia sido identificada pelo profissional?

 Sim Parcialmente Não

Em relação aos encaminhamentos da família/indivíduo para as demais políticas, houve atendimento efetivo e resolutivo por parte da área que recebeu o(s) encaminhamento(s)?

 Sim Parcialmente Não Não se aplica, pois não houve necessidade de encaminhamentos para outra áreas

A família reconhece o Serviço de Acompanhamento como algo que contribui para a superação ou enfrentamento dos seus problemas edificuldades e deseja continuar recebendo atenções deste Serviço?

 Sim Parcialmente Não

Como você classifica os resultados obtidos, até o presente momento, no que se refere à ampliação da capacidade de enfrentamento ou superação das condições de vulnerabilidade e/ou risco social e pessoal por parte da família/indivíduo?

 Houve um agravamento/piora em relação à situação inicial da família/indivíduo A situação atual é equivalente à situação inicial, sem avanços identificáveis Houve avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades Houve significativo avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades, justificando-se o desligamento do acompanhamento sistemático, sem prejuízo da eventual permanência da família ou indivíduo em outros programas, projetos, serviços ou benefícios da Assistência Social.

Registre, descritivamente, os principais resultados alcançados, bem como fatores que contribuíram ou dificultaram o alcance dos resultados:



REGISTRO SINTÉTICO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Nome do Profissional Responsável: _____

Data da Avaliação: ___/___/___

Número de meses que a família está sendo acompanhada: ___|___ meses

Foram efetivamente disponibilizadas para a família/indivíduo todas as ofertas de Assistência Social (em termos de serviços, benefícios, programas e projetos) cuja necessidade havia sido identificada pelo profissional?

Sim Parcialmente Não

Em relação aos encaminhamentos da família/indivíduo para as demais políticas, houve atendimento efetivo e resolutivo por parte da área que recebeu o(s) encaminhamento(s)?

Sim Parcialmente Não Não se aplica, pois não houve necessidade de encaminhamentos para outra áreas

A família reconhece o Serviço de Acompanhamento como algo que contribui para a superação ou enfrentamento dos seus problemas edificuldades e deseja continuar recebendo atenções deste Serviço?

Sim Parcialmente Não

Como você classifica os resultados obtidos, até o presente momento, no que se refere à ampliação da capacidade de enfrentamento ou superação das condições de vulnerabilidade e/ou risco social e pessoal por parte da família/indivíduo?

Houve um agravamento/piora em relação à situação inicial da família/indivíduo

A situação atual é equivalente à situação inicial, sem avanços identificáveis

Houve avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades

Houve significativo avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades, justificando-se o desligamento do acompanhamento sistemático, sem prejuízo da eventual permanência da família ou indivíduo em outros programas, projetos, serviços ou benefícios da Assistência Social.

Registre, descritivamente, os principais resultados alcançados, bem como fatores que contribuíram ou dificultaram o alcance dos resultados:

REGISTRO SINTÉTICO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Nome do Profissional Responsável: _____
Data da Avaliação: ____/____/____ **Número de meses que a família está sendo acompanhada:** meses

Foram efetivamente disponibilizadas para a família/indivíduo todas as ofertas de Assistência Social (em termos de serviços, benefícios, programas e projetos) cuja necessidade havia sido identificada pelo profissional?
 Sim Parcialmente Não

Em relação aos encaminhamentos da família/indivíduo para as demais políticas, houve atendimento efetivo e resolutivo por parte da área que recebeu o(s) encaminhamento(s)?
 Sim Parcialmente Não Não se aplica, pois não houve necessidade de encaminhamentos para outra áreas

A família reconhece o Serviço de Acompanhamento como algo que contribui para a superação ou enfrentamento dos seus problemas edificuldades e deseja continuar recebendo atenções deste Serviço?
 Sim Parcialmente Não

Como você classifica os resultados obtidos, até o presente momento, no que se refere à ampliação da capacidade de enfrentamento ou superação das condições de vulnerabilidade e/ou risco social e pessoal por parte da família/indivíduo?

- Houve um agravamento/piora em relação à situação inicial da família/indivíduo
- A situação atual é equivalente à situação inicial, sem avanços identificáveis
- Houve avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades
- Houve significativo avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades, justificando-se o desligamento do acompanhamento sistemático, sem prejuízo da eventual permanência da família ou indivíduo em outros programas, projetos, serviços ou benefícios da Assistência Social.

Registre, descritivamente, os principais resultados alcançados, bem como fatores que contribuíram ou dificultaram o alcance dos resultados:



PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

REGISTRO SINTÉTICO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Nome do Profissional Responsável: _____

Data da Avaliação: ___/___/_____

Número de meses que a família está sendo acompanhada: |_|_| meses

Foram efetivamente disponibilizadas para a família/indivíduo todas as ofertas de Assistência Social (em termos de serviços, benefícios, programas e projetos) cuja necessidade havia sido identificada pelo profissional?

Sim Parcialmente Não

Em relação aos encaminhamentos da família/indivíduo para as demais políticas, houve atendimento efetivo e resolutivo por parte da área que recebeu o(s) encaminhamento(s)?

Sim Parcialmente Não Não se aplica, pois não houve necessidade de encaminhamentos para outra áreas

A família reconhece o Serviço de Acompanhamento como algo que contribui para a superação ou enfrentamento dos seus problemas edificuldades e deseja continuar recebendo atenções deste Serviço?

Sim Parcialmente Não

Como você classifica os resultados obtidos, até o presente momento, no que se refere à ampliação da capacidade de enfrentamento ou superação das condições de vulnerabilidade e/ou risco social e pessoal por parte da família/indivíduo?


Houve um agravamento/piora em relação à situação inicial da família/indivíduo

A situação atual é equivalente à situação inicial, sem avanços identificáveis

Houve avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades

Houve significativo avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades, justificando-se o desligamento do acompanhamento sistemático, sem prejuízo da eventual permanência da família ou indivíduo em outros programas, projetos, serviços ou benefícios da Assistência Social.

Registre, descritivamente, os principais resultados alcançados, bem como fatores que contribuíram ou dificultaram o alcance dos resultados:



**FORMULÁRIOS DE CONTROLE
DOS ENCAMINHAMENTOS
REALIZADOS NO PROCESSO
DE ACOMPANHAMENTO DA FAMÍLIA**



- 05** - Para Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos voltados a crianças e adolescentes
- 06** - Para Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos voltados para idosos
- 07** - Para atualização cadastral no CadÚnico (inclusive quando realizada nesta própria Unidade)
- 08** - Para inclusão no CadÚnico (inclusive quando realizada nesta própria Unidade)
- 09** - Para o INSS, visando acesso ao BPC
- 10** - Para o INSS, visando acesso a outros direitos, que não o BPC
- 11** - Para acesso a Benefícios Eventuais
- 12** - Para acesso a Documentação Civil (Certidão de Nascimento, RG, Carteira de Trabalho, etc)
- 13** - Encaminhamento do CRAS para o CREAS (marcação exclusiva para o CRAS)
- 14** - Encaminhamento do CREAS para o CRAS (marcação exclusiva para o CREAS)
- 15** - Encaminhamento para outras unidades/serviços de Proteção Social Especial

- 30** - Para Serviços de Saúde Bucal (por exemplo: Brasil Sorridente)
- 31** - Para Serviços de Saúde Mental
- 32** - Para Serviços de Saúde voltados ao acesso de órteses e próteses para pessoas com deficiência
- 33** - Para Unidades de Saúde da Família
- 34** - Para outros serviços ou unidades do Sistema Único de Saúde

- 40** - Para Educação - Creche e Pré-escola (ensino infantil)
- 41** - Para Educação - Rede regular de ensino (ensino fundamental e ensino médio)
- 42** - Para Educação de Jovens de Adultos (por exemplo: Brasil Alfabetizado)

- 50** - Para Serviços, Programas ou Projetos voltados à capacitação profissional
- 51** - Para Serviços, Programas ou Projetos voltados à geração de trabalho e renda
- 52** - Para Serviços, Programas ou Projetos voltados à intermediação de mão-de-obra
- 53** - Para acesso a microcrédito
- 54** - Para o Programa BPC-Trabalho

- 60** - Para programa da área de habitação
- 61** - Para acesso à Tarifa Social de Energia Elétrica

- 70** - Para Conselho Tutelar
- 71** - Para Poder Judiciário
- 72** - Para Ministério Público
- 73** - Para Defensoria Pública
- 74** - Para Delegacias (especializadas ou não)

- 85** - Outros encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)
- 86** - Outros encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)
- 87** - Outros encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)
- 88** - Outros encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)
- 89** - Outros encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento: |_||
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Objetivo/Motivo:

Data: ___/___/___

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

**Formulário de Encaminhamento****SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) _____
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____

localizado(a) na _____

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Data: ___/___/___

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____
Nome do Profissional: _____

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento: |_||
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Objetivo/Motivo:

Data: ___/___/___

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

Formulário de Encaminhamento**SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) _____
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____

localizado(a) na _____

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Data: ___/___/___

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____
Nome do Profissional: _____



| Anotações de Contra-referência | Acompanhamento do Encaminhamento |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <i>(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)</i> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Anotações de Contra-referência | Acompanhamento do Encaminhamento |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <i>(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)</i> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento: |_||
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Objetivo/Motivo:

Data: ___/___/___

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

**Formulário de Encaminhamento****SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) _____
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____

localizado(a) na _____

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Data: ___/___/___

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____

Nome do Profissional: _____

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento: |_||
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Objetivo/Motivo:

Data: ___/___/___

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

Formulário de Encaminhamento**SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) _____
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____

localizado(a) na _____

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Data: ___/___/___

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____

Nome do Profissional: _____



Anotações de Contra-referência**Acompanhamento do Encaminhamento**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)

Anotações de Contra-referência**Acompanhamento do Encaminhamento**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento: |_||
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Objetivo/Motivo:

Data: ___/___/___

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

**Formulário de Encaminhamento****SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) _____
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____

localizado(a) na _____

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Data: ___/___/___

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____
Nome do Profissional: _____

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento: |_||
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Objetivo/Motivo:

Data: ___/___/___

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

Formulário de Encaminhamento**SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) _____
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____

localizado(a) na _____

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Data: ___/___/___

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____
Nome do Profissional: _____



Anotações de Contra-referência

(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)

Acompanhamento do Encaminhamento

Anotações de Contra-referência

(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)

Acompanhamento do Encaminhamento

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento: |_||
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Objetivo/Motivo:

Data: ___/___/___

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

**Formulário de Encaminhamento****SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) _____
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____

localizado(a) na _____

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Data: ___/___/___

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____

Nome do Profissional: _____

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento: |_||
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Objetivo/Motivo:

Data: ___/___/___

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

**Formulário de Encaminhamento****SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) _____
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____

localizado(a) na _____

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Data: ___/___/___

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____

Nome do Profissional: _____

Anotações de Contra-referência

Acompanhamento do Encaminhamento

(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)

Anotações de Contra-referência

Acompanhamento do Encaminhamento

(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento: |_||
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Objetivo/Motivo:

Data: ___/___/___

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

**Formulário de Encaminhamento****SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) _____
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____

localizado(a) na _____

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Data: ___/___/___

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____

Nome do Profissional: _____

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento: |_||
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Objetivo/Motivo:

Data: ___/___/___

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

Formulário de Encaminhamento**SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) _____
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____

localizado(a) na _____

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Data: ___/___/___

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____

Nome do Profissional: _____



cod. 9068

67



Saúde da Família

**MUNICÍPIO DE
PRESIDENTE OLEGÁRIO**

CNPJ: 10.602.060/0001-40 - CNES: 21.01432
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome do Paciente: _____

Data: ____ / ____ / ____

Médico: _____ CRM: _____

MUNICÍPIO PRESIDENTE OLEGÁRIO
Praça Dr. Castilho, 10 - Centro - Presidente Olegário-MG - CNPJ 18.602.060/0001-40
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via - Orientação ao Paciente

68
Item 31986
Prescrição de...
...

Ponte:

Endereço:

Prescrição:

DATA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

End.:

Cidade:

Telefone:

Órg. Emissor:

UF:

DATA

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Órg. Emissor:

UF:

DATA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

End.:

Cidade:

Telefone:

Órg. Emissor:

UF:

DATA

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. DO(A) FARMACÊUTICO(A)

DATA

MUNICÍPIO PRESIDENTE OLEGÁRIO
Praça Dr. Castilho, 10 - Centro - Presidente Olegário-MG - CNPJ 18.602.060/0001-40
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via - Orientação ao Paciente

68
Item 31986
Prescrição de...
...

Ponte:

Endereço:

Prescrição:

DATA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

End.:

Cidade:

Telefone:

Órg. Emissor:

UF:

DATA

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. DO(A) FARMACÊUTICO(A)

DATA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE OLEGÁRIO

Praça Dr. Castilho, 10 - Centro - Presidente Olegário-MG - CNPJ 18.602.060/0001-40

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via - Orientação do Paciente

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------------|
| / / DATA | / / ASSINATURA DO (A) MÉDICO (A) |
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR |
| Nome: _____ | |
| Ident.: _____ Órg. Emissor: _____ | |
| End.: _____ | |
| Cidade: _____ UF: _____ | |
| Telefone: _____ | |
| | ASS. DO(A) FARMACÊUTICO(A) / / DATA |

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE OLEGÁRIO

Praça Dr. Castilho, 10 - Centro - Presidente Olegário-MG - CNPJ 18.602.060/0001-40

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via - Orientação do Paciente

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------------|
| / / DATA | / / ASSINATURA DO (A) MÉDICO (A) |
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR |
| Nome: _____ | |
| Ident.: _____ Órg. Emissor: _____ | |
| End.: _____ | |
| Cidade: _____ UF: _____ | |
| Telefone: _____ | |
| | ASS. DO(A) FARMACÊUTICO(A) / / DATA |



31964

**MUNICÍPIO DE
PRESIDENTE OLEGÁRIO**

CNPJ: 10.602.060/0001-40 - CNES: 21.01432
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome do Paciente: _____

Data: ____/____/____

Médico: _____ CRM: _____

cod. 435 71

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
 (n° gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Nome Completo da Mulher*

Nome Completo da Mãe*

Apelido da Mulher

CPF Nacionalidade

Data de Nascimento* / / Idade Raça/cor
 Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número Complemento

Bairro UF

Código do Município Município

CEP DDD Telefone

Ponto de Referência

Escolaridade: Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*
 Rastreamento
 Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)
 Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)
2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*

 - Sim. Quando fez o último exame? ano
 - Não Não sabe

3. Usa DIU?* Sim Não Não sabe
4. Está grávida?* Sim Não Não sabe
5. Usa pílula anticoncepcional?*

 - Sim Não Não sabe

6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*

 - Sim Não Não sabe

7. Já fez tratamento por radioterapia?*

 - Sim Não Não sabe

8. Data da última menstruação / regra:*

 - / / Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*

(não considerar a primeira relação sexual na vida)

 - Sim
 - Não / Não sabe / Não lembra

10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*

(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)

 - Sim
 - Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo*
 Normal
 Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
 Alterado
 Colo não visualizado
12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
 Sim
 Não

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

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

Col 435

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 acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
- Sangue em mais de 75% do esfregaço
- Piócitos em mais de 75% do esfregaço
- Artefatos 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* _____

cod. 9823

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

UF CNES da Unidade de Saúde Nº Protocolo
 (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Código Município Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS* Sexo Masculino Feminino

Nome Completo do(a) paciente* Apelido do(a) paciente

Nome Completo da Mãe*

CPF Nacionalidade

Data de Nascimento* / / Idade* Cor/Raça Branca Preta Parda Amarela Indígena/Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número Complemento

Bairro UF

Código Município Município

CEP - DDD Telefone -

Ponto de Referência

Escolaridade Analfabeto(a) Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?*

Sim, mama direita Sim, mama esquerda Não

2 - Apresenta risco elevado* para câncer de mama?*

Sim Não Não sabe

* Risco elevado são:

Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:

- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;

Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;

Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ;

Mulheres com história pessoal de câncer de mama.

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?*

Sim Nunca foram examinadas anteriormente Não sabe

5 - Fez radioterapia na mama ou no plastrão? Em que ano?*

Sim, mama direita Sim, mama esquerda Não Não sabe

6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?*

| Mama direita | | Mama esquerda |
|----------------------|---------------------------------------------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | Biópsia cirúrgica Incisional | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Biópsia cirúrgica Excisional | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Centralectomia | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Segmentectomia | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Dutectomia | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Mastectomia | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Mastectomia poupadora de pele | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Linfadenectomia axilar | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Biópsia de linfonodo sentinela | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Reconstrução mamária | <input type="text"/> |

ATENÇÃO Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

Cód 9823

72

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

7a - Achados no exame clínico

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Mama direita</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão papilar</p> <p>Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica</p> <p>Nódulo:</p> <p>Localização</p> <p><input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat</p> <p><input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA</p> <p>Espessamento:</p> <p>Localização</p> <p><input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat</p> <p><input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA</p> <p>Linfonodo palpável <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supraclavicular</p> | <p>Mama direita</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão papilar</p> <p>Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica</p> <p>Nódulo:</p> <p>Localização</p> <p><input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat</p> <p><input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA</p> <p>Espessamento:</p> <p>Localização</p> <p><input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat</p> <p><input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA</p> <p>Linfonodo palpável <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supraclavicular</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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 tratado 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

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).

7a. Achados no exame clínico

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna.

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

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

7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta.

7d. Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante

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

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

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

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

8a. População alvo

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.

8 - Mamografia de Rastreamento

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 localização.

| Município de Presidente Olegário | | REQUISIÇÃO DE MATERIAL | Nº | |
|----------------------------------|---------|------------------------|-------------|-----------|
| UNIDADE | | SETOR | | |
| ESPECIFICAÇÃO | UNIDADE | DOSAGEM OU TIPO | QUANTIDADES | |
| | | | PEDIDA | FORNECIDA |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| SOLICITANTE _____ / _____ / _____ _____ Ass. Chefia | FORNECEDOR _____ / _____ / _____ _____ Ass. Responsavel |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

 **HOSPITAL MUNICIPAL**
Darci José Fernandes

NOME: _____

DN: ____/____/____ NOME MÃE: _____

DATA: ____/____/____

ASS: _____

Item 77

 **HOSPITAL MUNICIPAL**
Darci José Fernandes

Nome: _____

Data: ____/____/____

Líquido no balonete: _____ ml

Responsável: _____

Item 75

 **HOSPITAL MUNICIPAL**
Darci José Fernandes

Nome: _____

Data: ____/____/____

Comprimento externo: _____ cm

Responsável: _____

Item 74

 **HOSPITAL MUNICIPAL**
Darci José Fernandes

NOME: _____

PRONTUÁRIO: _____

LEITO: _____

DATA: ____/____/____

ASS: _____

Item 76

 **HOSPITAL MUNICIPAL** **RÓTULO PARA SORO**
Darci José Fernandes

Nome: _____

Quarto: _____ Leito: _____ Data: _____

Início: _____ h Término: _____ h

Nº de Gotas /min _____

Microgotas/min ou ml/h _____

Ringer Lactato _____ ml

S.G.5% _____ ml

S.F.0,9% _____ ml

Glicose 50% _____ ml

NaCl 20% _____ ml

Kcl 10% _____ ml

Vitamina C _____ ml

Complexo B _____ ml

Outros _____ ml

ASSINATURA

Item 73

79
79



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 18.602.060/0001-40 CNES: 21.01432



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

| | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | <input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES |
| <input type="checkbox"/> VACINA ANTI Rh | |

Item 31960

~~UNIDADE MISTA AMBULATORIAL - PRESIDENTE OLEGÁRIO~~
~~CNPJ 18.602.060/0001-40~~

PACIENTE: _____ N° AIH: _____

PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA:

DATA:

ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE

TERMO DE CONHECIMENTOS DE RISCO E CONSENTIMENTO PÓR INFORMAÇÃO PARA HOMENS OU MULHERES MAIORES DE 55 ANOS DE IDADE.

(a ser preenchido e assinado pelo médico(a) e pelo(a) paciente maior de 18 anos de idade ou pelo responsável quando o(a) paciente tiver idade inferior a 18 anos).



Eu, Dr.(a) _____

registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado _____ sob o número _____

sou o(a) responsável pelo tratamento e acompanhamento do(da) paciente _____

do sexo () masculino () feminino, com idade de _____ anos completos, residente na rua _____

_____ Cidade _____ Estado _____

e telefone para contato _____ para quem estou indicando o produto:

- Isotretinoína
- Tretinoína
- Acitretina

Com diagnóstico de _____

Se o paciente é do sexo masculino, ou mulher acima de 55 anos de idade:

Informe ao(à) paciente que este produto pode causar graves defeitos congênitos no corpo dos bebês de mulheres que utilizam na gravidez. Portanto somente pode ser utilizado por ele(a). Não pode ser passado para nenhuma outra pessoa.

A Ser Preenchido Pelo(a) Paciente

Eu, _____

Carteira de Identidade número _____ CPF: _____

residente na rua _____ Cidade _____

Estado _____ e telefone para contato _____, recebi pessoalmente as

informações sobre o tratamento que vou receber e declaro ter entendido as orientações prestadas. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura _____

Nome e Assinatura do responsável caso o(a) paciente seja menor de 18 anos:

Nome _____

Assinatura _____

R. G. do Responsável _____

Data e Assinatura do Médico _____ CRM _____

**TERMO DE CONHECIMENTOS DE RISCO E CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO
PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO MENORES DE 55 ANOS DE IDADE.**

(a ser preenchido e assinado pelo médico e pela paciente maior de 21 anos de idade ou pelo responsável quando a paciente tiver idade inferior a 21 anos)



1. Informe à paciente que o produto:

- Isotretinoína
 Tretinoína
 Acitretina

Tem altíssimo risco de causar defeitos congênitos graves no corpo do bebê se for consumido pela mãe durante a gravidez. Já nasceram mais de 250 bebês com graves deformações na face, orelhas, coração ou sistema nervoso devido ao uso dessas substâncias.

2. Se o remédio prescrito é a isotretinoína, informei que a única indicação aprovada para esta substância é “acne nódulo cística ou conglobata, não responsiva a outros tratamentos”, ou seja, pode ser utilizado apenas na forma mais grave de acne que deixa cicatrizes profundas na pele e não melhora com outros tratamentos. Não deve ser usado em formas mais simples de acne, devidos aos sérios riscos acima mencionados.

3. Expliquei que, como estes remédios ficam no corpo durante algum tempo após o tratamento e podem causar defeitos em bebês mesmo quando ela já terminou o tratamento, ela deve aguardar os seguintes períodos antes de tentar engravidar após terminar o tratamento com:

- Isotretinoína ou Tretinoína: Esperar 2 meses
 Acitretina: Esperar 3 anos

4. Realizei um teste de gravidez de alta sensibilidade (que detecta gravidez desde o primeiro dia de atraso menstrual).

Data do teste _____ Resultado _____

5. Recomendei aguardar o início da próxima menstruação para começar o tratamento.

6. Certifiquei-me que ela está utilizando um método para evitar a gravidez altamente eficaz (recomenda-se abstinência total, dispositivo intra-uterino-DIU- com cobre, anticoncepcional injetável, ou, no caso de mulheres que já tem filhos, são maiores de 30 anos e não desejam engravidar mais, laqueadura tubária).

Método anticoncepcional em uso _____ data de início: _____

7. Solicitei à paciente que me mantenha sempre informado(a) sobre as reações adversas à medicação, ou sobre qualquer problema com a anticoncepção durante o tratamento, retornando à consulta periodicamente conforme estabelecido.

8. Informe à paciente que caso venha a suspeita que esteja grávida, deverá parar imediatamente o tratamento e me procurar.

9. Comunicarei imediatamente ao fabricante a ocorrência de qualquer efeito colateral grave ou não esperado, bem como a ocorrência de gravidez exposta durante o tratamento ou em prazos inferiores aos previstos no item 3, após tratamento.

A Ser Preenchido pela Paciente

Eu, _____, Carteira de Identidade número _____

Órgão expedidor _____, residente na rua _____

Cidade _____, Estado _____, telefone para contato _____

recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou receber e declaro ter entendido as orientações prestadas, e poder cumprir as medidas para evitar gravidez durante o tratamento e no prazo previsto no item 3, após o tratamento. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura _____

(Nome e Assinatura do Responsável caso o paciente seja menor de 21 anos)

Nome _____, Assinatura _____

R.G. do Responsável _____

Data e Assinatura do Médico _____ CRM _____