



ESTADO DO CEARÁ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde



LAUDO

Número de Registro: _____ Cidade: _____

Nome do Paciente: _____

Sexo: () M () F Data de Nascimento: _____

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS PARA ANTI-HIV, HBsAg, HCV e SÍFILIS

Amostra: Sangue Total

Data da Coleta da Amostra: ____/____/____

TESTE RÁPIDO: INFECÇÃO PELO HIV	RESULTADO DO TESTE: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
TESTE RÁPIDO: PARA SÍFILIS	RESULTADO DO TESTE: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
TESTE RÁPIDO: DETECÇÃO DE HEPATITE C	RESULTADO DO TESTE: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
TESTE RÁPIDO: INFECÇÃO PELO HBV (Hepatite B)	RESULTADO DO TESTE: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo

ALLERE () BIOCLIN () BIOMANGUINHOS () OUTRO () _____
 MÉTODO: IMUNOCROMATOGRAFIA

RESPONSÁVEL TÉCNICO
 (Carimbo e Assinatura)



[Handwritten signature]

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE _____ Nº DO PRONTUÁRIO _____

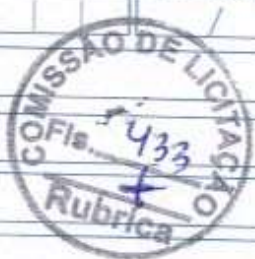
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CHS) _____ DATA DE NASCIMENTO _____ SEXO Masc. Fem. _____ RAÇA/COR _____ ETNIA _____

NOME DA MÃE _____ TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE _____ DDD _____

NOME DO RESPONSÁVEL _____ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ DDD _____

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ COD. IBGE MUNICÍPIO _____ UF _____ CEP _____



PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ SERVIÇO _____ CLASS _____ NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ QTDE _____

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE

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

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO _____ CID10 PRINCIPAL _____ CID10 SECUNDÁRIO _____ CID10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

OBSERVAÇÕES _____

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ DATA DA SOLICITAÇÃO _____ ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO) _____

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ Cód. Órgão Emissor _____ Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ CNES _____



MAPA DE PRODUÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA



UNIDADE DE SAÚDE: _____ CNES: _____
 CBO: 223565 – ENFERMEIRA RESP: _____ CNS: _____
 MÊS / ANO: _____ / _____

Nome do Cliente: _____		Paciente Gestante? () SIM () NÃO			
CNS – Cartão nacional de Saúde nº _____		Data de Nascimento: _____			
Endereço: _____		Sexo () F () M Raça/Cor: _____			
Complemento: _____		Data de Atendimento: _____			
Bairro: _____		Município: _____			
Telefone: _____		Quantidade de testes aplicados individualmente: _____			
CID: _____		Caráter de Atendimento: (1) (2) (3) (4) (5) (6)			
TESTES RÁPIDOS APLICADOS NO CLIENTE:					
<input type="checkbox"/> 02.14.01.005-8	<input type="checkbox"/> Para detecção de infecção pelo HIV	P N	<input type="checkbox"/> 02.14.01.009-0	<input type="checkbox"/> Para detecção de hepatite C	P N
<input type="checkbox"/> 02.14.01.007-4	<input type="checkbox"/> Para Sífilis	P N	<input type="checkbox"/> 02.14.01.010-4	<input type="checkbox"/> Para detecção infecção p/ HBV	P N
<input type="checkbox"/> 02.14.01.008-2	<input type="checkbox"/> Para Sífilis na gestante ou pai/parceiro	P N			
*Tabela Raça/cor: 01- BRANCA / 02- PRETA / 03-PARDA / 04- AMARELA / 05- INDIGENA / 99 SEM INFORMAÇÃO P: Positivo / N: Negativo					
*Tabela de Caráter de Atendimentos: 01- Eletivo / 02- Urgência / 03- Acidente local de trabalho ou empresa / 04- Acidente no trabalho p/ o trabalho / 05- Outros tipos de acidentes de transito / 06- Outro tipos de lesões envenenamento Químico.					

Nome do Cliente: _____		Paciente Gestante? () SIM () NÃO			
CNS – Cartão nacional de Saúde nº _____		Data de Nascimento: _____			
Endereço: _____		Sexo () F () M Raça/Cor: _____			
Complemento: _____		Data de Atendimento: _____			
Bairro: _____		Município: _____			
Telefone: _____		Quantidade de testes aplicados individualmente: _____			
CID: _____		Caráter de Atendimento: (1) (2) (3) (4) (5) (6)			
TESTES RÁPIDOS APLICADOS NO CLIENTE:					
<input type="checkbox"/> 02.14.01.005-8	<input type="checkbox"/> Para detecção de infecção pelo HIV	P N	<input type="checkbox"/> 02.14.01.009-0	<input type="checkbox"/> Para detecção de hepatite C	P N
<input type="checkbox"/> 02.14.01.007-4	<input type="checkbox"/> Para Sífilis	P N	<input type="checkbox"/> 02.14.01.010-4	<input type="checkbox"/> Para detecção infecção p/ HBV	P N
<input type="checkbox"/> 02.14.01.008-2	<input type="checkbox"/> Para Sífilis na gestante ou pai/parceiro	P N			
*Tabela Raça/cor: 01- BRANCA / 02- PRETA / 03-PARDA / 04- AMARELA / 05- INDIGENA / 99 SEM INFORMAÇÃO P: Positivo / N: Negativo					
*Tabela de Caráter de Atendimentos: 01- Eletivo / 02- Urgência / 03- Acidente local de trabalho ou empresa / 04- Acidente no trabalho p/ o trabalho / 05- Outros tipos de acidentes de transito / 06- Outro tipos de lesões envenenamento Químico.					

Nome do Cliente: _____		Paciente Gestante? () SIM () NÃO			
CNS – Cartão nacional de Saúde nº _____		Data de Nascimento: _____			
Endereço: _____		Sexo () F () M Raça/Cor: _____			
Complemento: _____		Data de Atendimento: _____			
Bairro: _____		Município: _____			
Telefone: _____		Quantidade de testes aplicados individualmente: _____			
CID: _____		Caráter de Atendimento: (1) (2) (3) (4) (5) (6)			
TESTES RÁPIDOS APLICADOS NO CLIENTE:					
<input type="checkbox"/> 02.14.01.005-8	<input type="checkbox"/> Para detecção de infecção pelo HIV	P N	<input type="checkbox"/> 02.14.01.009-0	<input type="checkbox"/> Para detecção de hepatite C	P N
<input type="checkbox"/> 02.14.01.007-4	<input type="checkbox"/> Para Sífilis	P N	<input type="checkbox"/> 02.14.01.010-4	<input type="checkbox"/> Para detecção infecção p/ HBV	P N
<input type="checkbox"/> 02.14.01.008-2	<input type="checkbox"/> Para Sífilis na gestante ou pai/parceiro	P N			
*Tabela Raça/cor: 01- BRANCA / 02- PRETA / 03-PARDA / 04- AMARELA / 05- INDIGENA / 99 SEM INFORMAÇÃO P: Positivo / N: Negativo					
*Tabela de Caráter de Atendimentos: 01- Eletivo / 02- Urgência / 03- Acidente local de trabalho ou empresa / 04- Acidente no trabalho p/ o trabalho / 05- Outros tipos de acidentes de transito / 06- Outro tipos de lesões envenenamento Químico.					

Assinatura e Carimbo do Responsável: _____

Nome do Cliente:		Paciente Gestante? () SIM () NÃO	
CNS – Cartão nacional de Saúde nº		Data de Nascimento:	
Endereço:		Sexo () F () M Raça/Cor:	
Complemento:		Data de Atendimento:	
Bairro:		Município:	
Telefone:		Quantidade de testes aplicados individualmente:	
CID:		Caráter de Atendimento: (1) (2) (3) (4) (5) (6)	



TESTES RÁPIDOS APLICADOS NO CLIENTE:

02.14.01.005-8	<input type="checkbox"/>	Para detecção de infecção pelo HIV	P N	02.14.01.009-0	<input type="checkbox"/>	Para detecção de hepatite C	P N
02.14.01.007-4	<input type="checkbox"/>	Para Sífilis	P N	02.14.01.010-4	<input type="checkbox"/>	Para detecção infecção p/ HBV	P N
02.14.01.008-2	<input type="checkbox"/>	Para Sífilis na gestante ou pai/parceiro	P N				

*Tabela Raça/cor: 01- BRANCA / 02- PRETA / 03-PARDA / 04- AMARELA / 05- INDIGENA / 99 SEM INFORMAÇÃO

P: Positivo / N: Negativo

*Tabela de Caráter de Atendimentos: 01- Eletivo / 02- Urgência / 03- Acidente local de trabalho ou empresa / 04- Acidente no trabalho p/ o trabalho / 05- Outros tipos de acidentes de transito / 06- Outro tipos de lesões envenenamento Químico.

Nome do Cliente:		Paciente Gestante? () SIM () NÃO	
CNS – Cartão nacional de Saúde nº		Data de Nascimento:	
Endereço:		Sexo () F () M Raça/Cor:	
Complemento:		Data de Atendimento:	
Bairro:		Município:	
Telefone:		Quantidade de testes aplicados individualmente:	
CID:		Caráter de Atendimento: (1) (2) (3) (4) (5) (6)	

TESTES RÁPIDOS APLICADOS NO CLIENTE:

02.14.01.005-8	<input type="checkbox"/>	Para detecção de infecção pelo HIV	P N	02.14.01.009-0	<input type="checkbox"/>	Para detecção de hepatite C	P N
02.14.01.007-4	<input type="checkbox"/>	Para Sífilis	P N	02.14.01.010-4	<input type="checkbox"/>	Para detecção infecção p/ HBV	P N
02.14.01.008-2	<input type="checkbox"/>	Para Sífilis na gestante ou pai/parceiro	P N				

*Tabela Raça/cor: 01- BRANCA / 02- PRETA / 03-PARDA / 04- AMARELA / 05- INDIGENA / 99 SEM INFORMAÇÃO

P: Positivo / N: Negativo

*Tabela de Caráter de Atendimentos: 01- Eletivo / 02- Urgência / 03- Acidente local de trabalho ou empresa / 04- Acidente no trabalho p/ o trabalho / 05- Outros tipos de acidentes de transito / 06- Outro tipos de lesões envenenamento Químico.

Nome do Cliente:		Paciente Gestante? () SIM () NÃO	
CNS – Cartão nacional de Saúde nº		Data de Nascimento:	
Endereço:		Sexo () F () M Raça/Cor:	
Complemento:		Data de Atendimento:	
Bairro:		Município:	
Telefone:		Quantidade de testes aplicados individualmente:	
CID:		Caráter de Atendimento: (1) (2) (3) (4) (5) (6)	

TESTES RÁPIDOS APLICADOS NO CLIENTE:

02.14.01.005-8	<input type="checkbox"/>	Para detecção de infecção pelo HIV	P N	02.14.01.009-0	<input type="checkbox"/>	Para detecção de hepatite C	P N
02.14.01.007-4	<input type="checkbox"/>	Para Sífilis	P N	02.14.01.010-4	<input type="checkbox"/>	Para detecção infecção p/ HBV	P N
02.14.01.008-2	<input type="checkbox"/>	Para Sífilis na gestante ou pai/parceiro	P N				

*Tabela Raça/cor: 01- BRANCA / 02- PRETA / 03-PARDA / 04- AMARELA / 05- INDIGENA / 99 SEM INFORMAÇÃO

P: Positivo / N: Negativo

*Tabela de Caráter de Atendimentos: 01- Eletivo / 02- Urgência / 03- Acidente local de trabalho ou empresa / 04- Acidente no trabalho p/ o trabalho / 05- Outros tipos de acidentes de transito / 06- Outro tipos de lesões envenenamento Químico.

Assinatura e Carimbo do Responsável:

02.14.01.005-8	<input type="checkbox"/>	Para detecção de infecção pelo HIV	P N	02.14.01.009-0	<input type="checkbox"/>	Para detecção de hepatite C	P N
02.14.01.007-4	<input type="checkbox"/>	Para Sífilis	P N	02.14.01.010-4	<input type="checkbox"/>	Para detecção infecção p/ HBV	P N
02.14.01.008-2	<input type="checkbox"/>	Para Sífilis na gestante ou pai/parceiro	P N				

*Tabela Raça/cor: 01- BRANCA / 02- PRETA / 03-PARDA / 04- AMARELA / 05- INDIGENA / 99 SEM INFORMAÇÃO

P: Positivo / N: Negativo

*Tabela de Caráter de Atendimentos: 01- Eletivo / 02- Urgência / 03- Acidente local de trabalho ou empresa / 04- Acidente no trabalho p/ o trabalho / 05- Outros tipos de acidentes de transito / 06- Outro tipos de lesões envenenamento Químico.

Assinatura e Carimbo do Responsável:



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde



**NOTIFICAÇÃO MENSAL DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL
(10 A 49 ANOS)**

UNIDADE DE SAÚDE: _____

MÊS/ANO: _____ / _____ CRES: 4ª

MUNICÍPIO	Nº DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL		Nº DE ÓBITOS MATERNOS
	NOTIFICADOS	INVESTIGADOS	
Aratuba			
Aracoiaba			
Baturité			
Capistrano			
Guaramiranga			
Itapiúna			
Mulungu			
Pacoti			
Total			

OBSERVAÇÃO: _____

ASSINATURA/CARIMBO DO RESPONSÁVEL



ESTADO DO CEARÁ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde



VACINAÇÃO DOS GRUPOS DE RISCO PARA SARAMPO E RUBÉOLA

UNIDADE DE SAÚDE: _____ / MÊS/ANO: _____ / CRES: 4^ª

Faixa Etária	Profissionais da Saúde e Estudantes		Educação / Creche / Profissionais / Funcionários / Alunos		Populações Institucionalizadas		Setor Turismo, Hotéis, Pousadas, Agências, Aeroportos, Portos, Rodoviárias.		Comércio, Feirantes, Vendedores ambulantes.		Outros		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
12 - 19														
20 - 29														
30 - 39														
40 - 49														
50+														
Total														

TOTAL CONSOLIDADO: _____.



 ASSINATURA/CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Rua José Saraiva Sobrinho, s/nº, Centro, CEP 62748-000, Capistrano-CE.
 CNPJ nº 10.365.809/0001-70 – E-mail: saude@capistrano.ce.gov.br



PUERICULTURA

PSF: _____

Nome: _____

Mãe: _____

ACS: _____

Enfermeiro(a): _____

Médico(a): _____

Endereço: _____

Composição Familiar: _____

DN: _____ Parto: () Normal () Cesárea

Peso: _____ C: _____ PT: _____ PC: _____ Apgar: _____

Intercorrências: () Sim () Não _____

Alta com _____ dias.

Condições Sócio Econômicas

Habitat	Piso	Fogão	Renda Familiar	Dejetos
() Tijolo	() Cerâmica	() Só Gás	() Menor que 1 SM	() Esgoto
() Taipa	() Cimento Liso	() Gás e Outros	() 1 a 3 SM	() Fossa Séptica
() Lona	() Cimento grosso	() Carvão / Lenha	() 3 a 7 SM	() Céu Aberto
() Outros	() Barro / Outros		() Mais de 7 SM	() Outros

Visita Domiciliar

Profissional: _____ data _____ RN _____ dias _____

Aspecto Geral: () ativo () hidratado () corado

Sinais de perigo: () dificuldade para mamar () sonolência () cianose () dispnéia () febre () convulsão

Mãe: _____

Evacuiu: () sim () não Aleitamento materno exclusivo () sim () não

Avaliação da amamentação pega _____ posição _____

Outros alimentos: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – COASF
 NÚCLEO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS – NUMES

MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DOS INSUMOS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

NOME DO AGENTE:			
ÁREA DE ATUAÇÃO:			
MEDICAMENTO:		QUANTIDADE RECIBIDA:	

DATA	FAMÍLIA ASSISTIDA	ASSINATURA DO RECEBEDOR	QUANTIDADE ENTREGUE
TOTAL RECEBIDO:			

Assinatura do Agente de Saúde: _____

SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA

Eu _____, registrada / matriculada sob o nº _____ voluntariamente desejo submeter-me à anticoncepção cirúrgica, sobre a qual fui devidamente esclarecida. Minha decisão foi tomada após ter recebido orientação sobre os métodos anticoncepcionais existentes, a saber, que:

1. Existem e estão disponíveis métodos anticoncepcionais temporários os quais me foram oferecidos;
2. Este é um ato cirúrgico de pequeno porte que envolve desconforto e riscos como qualquer outra cirurgia;
3. Este é um método anticoncepcional de caráter irreversível, portanto não poderei ter mais filhos;
4. Ocasionalmente este método pode falhar.

Caso desista desta intenção, continuarei a receber toda a assistência oferecida por esta instituição.

_____/_____/____/

Assinatura e/ou impressão do polegar direito da cliente

RG nº: _____ Órgão Expedido: _____

CPF nº: _____

_____/_____/____/

Assinatura e/ou impressão do polegar direito Esposo/Testemunha

RG nº: _____ Órgão Expedido: _____

CPF nº: _____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Idade do Casal: Homem: _____ Mulher: _____
Gesta: _____ Pariu: _____ Aborto (s): _____ Cesariana (s): _____
Nº de filhos vivos: _____ Idade dos filhos: (+) novo _____ (+) velho _____
Métodos utilizados e seus efeitos: _____

Patologias associadas: _____

Outros motivos (risco reprodutivo, etc): _____

_____/_____/____/

Assinatura / Carimbo

AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA

De acordo com as normas para utilização do método proposto, autorizamos o procedimento.

_____/_____/____/

Assinatura / Carimbo



MINISTÉRIO DA SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF CNES da Unidade de Saúde N° Protocolo
 Unidade de Saúde (n° gerado automaticamente pelo SISCAN)
 Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*
 Nome Completo da Mulher*
 Nome Completo da Mãe*
 CPF Nacionalidade Apellido da Mulher
 Data de Nascimento* Idade Raça/cor
 Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia
 Dados Residenciais
 Logradouro
 Número Complemento
 Código do Município Município Bairro UF
 CEP DDD Telefone
 Pont o de Referência
 Escolaridade: Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo



ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

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.

Data da coleta* Responsável*



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
 Com 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* _____

WLE (CVO) de células do esfregaço (3) 195 quadrante



MEDICAMENTOS VENCIDOS

UNIDADE DE SAÚDE: _____

DATA DA ENTREGA: ____ / ____ / ____

RESPONSÁVEL: _____ Nº DO CONSELHO: _____

ITEM	NOME DO MEDICAMENTO	LOTE	DATA DA FABRICAÇÃO	DATA DA VALIDADE	QUANTIDADE

OBS.: Duas vias (uma para arquivo na Unidade e outra para Vigilância Sanitária Municipal).

Data do recebimento na Vigilância Sanitária Municipal: ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do Responsável pela VISA: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

NOTIFICAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

Nº DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO: _____

NOME DA MÃE DO RECÉM NASCIDO: _____

DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA: ____/____/____

LOCAL DE OCORRÊNCIA: _____

NOME DO HOSPITAL DE OCORRÊNCIA: _____

ENDEREÇO DO NASCIMENTO: _____

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO: _____

ENDEREÇO DA MÃE: _____

REGISTRO CIVIL: () SIM () NÃO

TOMOU BCG E HEPATITE: () () NÃO

OBS.: _____

Handwritten signature or mark at the bottom right corner of the page.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS

Nº DA DECLARAÇÃO DE ÓBITOS: _____

NOME DO FALECIDO: _____

NOME DA MÃE DO FALECIDO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

LOCAL DE OCORRÊNCIA: _____

NOME DO HOSPITAL DE OCORRÊNCIA: _____

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: _____

OBIS.: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

**PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTO DE FERRO
CONSOLIDADO MENSAL DO ACOMPANHAMENTO DO FORNECIMENTO DE
SUPLEMENTOS**

Mês de Referência:	_____
Município/UF:	_____
Responsável:	_____

1) Crianças de 4 a 24 meses

QUANTITATIVOS DE ENTREGAS					
Tipo de Suplemento	1ª Entrega	2ª Entrega	3ª Entrega	4ª Entrega	5ª Entrega
Xarope de sulfato ferroso					

2) Gestantes a partir da 20ª semana

QUANTITATIVOS DE ENTREGAS					
Tipo de Suplemento	1ª Entrega	2ª Entrega	3ª Entrega	4ª Entrega	5ª Entrega
Xarope de sulfato ferroso					
Comp. de sulfato ferroso					
Comp. de ácido fólico					

3) Mulheres até o 3º mês pós-parto e até o 3º mês pós-aborto)

QUANTITATIVOS DE ENTREGAS			
Tipo de Suplemento	1ª Entrega	2ª Entrega	3ª Entrega
Xarope de sulfato ferroso			
Comprimidos de sulfato ferroso			

Tipos de Suplementos	CONTROLE DE PERDAS			
	Perdidos por vencimento	Perdidos por extravio	Perdidos por algum tipo de danificação	Outros motivos
Xarope de sulfato ferroso				
Comp. de sulfato ferroso				
Comp. de ácido fólico				

Notas:

- Este formulário servirá como instrumento de apoio para consolidar as informações de todas as unidades e/ou PSF do Município e enviá-las ao nível estadual e federal;
- Para a atenção dos quantitativos de entregas e produtos perdidos devem-se consolidar todos os registros os mapas de acompanhamento do fornecimento de suplementos;
- No controle de perdas deverão ser registrados os quantitativos dos produtos perdidos por vencimento de validade, por extravio, por algum tipo de danificação ou por outro motivo;

OBS: A reposição dos suplementos quebrados pelas pessoas não deve ser registrada com uma nova entrega. Nesta situação entregue a quantidade do suplemento perdido para o responsável ou pessoa participe do PNSF e registre este quantitativo de suplemento reposto no item "perdidos por algum tipo de danificação" do Controle de Perdas.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - Vasectomia


Eu, _____ portador da
carteira de identidade número: _____ órgão emissor: _____
venho através deste TERMO, solicitar a realização do procedimento cirúrgico para
VASECTOMIA.

Declaro para os devidos fins que:

- a) Participei da reunião de Planejamento Familiar e conheci os demais métodos anticoncepcionais disponíveis também eficazes e reversíveis;
- b) Estou ciente de que esta cirurgia é considerada, na prática, irreversível;
- c) Fui alertado sobre o risco de arrependimento, principalmente em situações de instabilidade conjugal e forte emoção, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, outro casamento ou posterior desejo de ter filhos;
- d) Devo aguardar pelo menos sessenta (60) dias, a partir da assinatura desta solicitação, para que o procedimento possa ser realizado;
- e) Fui informado das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico;
- f) Fui informado que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a vasectomia pode apresentar taxa de falha de 0,1 a 0,15%;
- g) Estou ciente que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo disponível na Rede Básica Municipal de Florianópolis;
- h) Fui informado que este procedimento não me protege do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis incluindo o vírus do HIV;
- i) Caso ocorra qualquer uma das situações acima citadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e ou instituição que realizou o procedimento, pois fiz de minha própria vontade.

Capistrano, _____ de _____ de _____

Assinatura do Requerente





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

DATA: _____

FICHA GINECOLÓGICA

Nº _____



SAM

Nome: _____
Endereço: _____
Nome da Mãe: _____
Fone: _____
Data Nascimento: _____

ENFERMEIRAS E MÉDICOS

Início vida sexual: _____ anos Gesta: _____ Para: _____ Aborto: _____ 1ª gestação aos: _____ anos Última gestação: _____
Ciclo: _____ UR _____ / _____ / _____ 1º PREVENTIVO Sim Não U. Ex.: _____
Método Contraceptivo: Sim Não Se sim, qual? _____
Ligação Tubária: Sim Não
Aviamentando: Sim Não Fumante? Sim Não Eletro: Sim Não
Sinusiorragia: Sim Não D.S.T.: Sim Não Se sim, Qual? _____
Câncer Familiar: Sim Não Se sim, Qual Parentesco? _____
Antec. Pessoais: Diabetes Hipertensão Alergia Outros? _____
Antec. Cigarros: _____
Queixas: _____

PA: _____ Peso: _____ Vulva: Virgo Normal Condiloma
Mamas Normais: Outros: _____
Z Displásica # _____
Nódulos
Z. Dolorosa /// _____
Z. Dolorosa: Normal Leitoso Amarelo Esverdeado
Descarga _____ Descarga Bolhoso Sanguinolento
Cicatriz _____ Colo Normal Mancha Vermelha Periorifical
Retração _____ Sangramento Fácil Pólipo Ulceração
OBS.: _____ Outros
Schiller: I+ ICI I-
ASS.: _____ ASS.: _____
ENFERMEIRO (A) COREN: _____ MÉDICO (A) CRM: _____



Addome _____ Toque _____

MÉDICOS

COLPOSCOPIA (NOMECLATURA INTERNACIONAL)																JEC:		
ASPECTOS COLPOSCÓPICOS ANORMAIS																UG:		
ASP. COLP. NORA			TRANSFORMAÇÃO ATÍPICA													MISCELÂNEA		
EPITÉLIO ESCAMOSO	EPITÉLIO GRANULAR	TRANSFORMAÇÃO FÍSICA	EPITÉLIO BRANCO	MOSAICO	PONTILHADO	LEUCOPLASIA	VASOS ATÍPICO	SUSPEITA INVASÃO	PROCESSO INFLAMATORIO	EROSÕES	EPITÉLIO ATROFICO	POLIPOS	PAPILOMA	CONDILOMAS				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16			



TESTE DE SCHILLER: Negativo Positivo Schiller: I+ ICI I-

EXAMES LABORATORIAIS SOLICITADOS		CONDUTAS	
EXAME	DATA DO RESULTADO	FLORA TIPO	Revisão após () meses
CITOLOGIA			<input type="checkbox"/>
Nº			Repetir Citologia <input type="checkbox"/>
			Diatermocoagulação <input type="checkbox"/>
			Polipectomia <input type="checkbox"/>
			Abrir Prontuário no PCC <input type="checkbox"/>
			Atend. em Ptologia Cervical <input type="checkbox"/>
			Atend. em Ptologia Mamária <input type="checkbox"/>
			Outros: <input type="checkbox"/>
TRATAMENTO:		DATA	
ASSINATURA		CRM	

[Handwritten signature]



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

BUSCA ATIVA DE CASOS SUSPEITOS DE SARAMPO EM UNIDADES DE SAÚDE

4ª CRES / MÊS/ANO: _____ / _____ Semana Epidemiológica: _____

DATA DA BUSCA	NOME DAS UNIDADES DE SAÚDE	NÚMERO FICHAS DE ATENDIMENTO REVISADAS	TRÍADE (FEBRE+ EXANTEMA + TOSSE E/OU CORIZA E/OU CONJUNTIVITE)	CLASSIFICAÇÃO FINAL (EM INVESTIGADO, CONFIRMADO OU DESCARTADO)	APOIADORAS

Nota:

- Notificar caso suspeito de sarampo a CRES em até 24 h (um dia);
- Investigar o caso in loco em até 48 h (dois dias);
- Fazer bloqueio vacinal em até 72h (três dias).



ESTADO DO CEARÁ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde



COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

CONTROLE DE DOENÇAS EXANTEMÁTICAS

NOTIFICAÇÃO NEGATIVA DA SEMANA Nº _____ / _____

UNIDADE DE SAÚDE	NÚMEROS DE FONTES		
	NEGATIVAS	POSITIVAS	SILENCIOSAS

NOME	IDADE	MUNICÍPIO	VACINA	DATA DA VACINA	DATA DA EXANTEMA	DATA DA FEBRE	TRIÁDE		DATA DA COLETA
							SIM	NÃO	



Assinatura / carimbo do responsável pela informação



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO

Secretaria Municipal de Saúde

COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA



CONTROLE DA PARALISIA FLÁCIDA AGUDA

NOTIFICAÇÃO NEGATIVA DA SEMANA Nº _____ / _____

UNIDADE DE SAÚDE	NÚMEROS DE FONTES		
	NEGATIVAS	POSITIVAS	SILENCIOSAS

NOME	IDADE	MUNICÍPIO	VACINA	DATA DA VACINA

Assinatura / carimbo do responsável pela informação

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama

UF Código da Unidade de Saúde (CNES)

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

Identidade Órgão Emissor UF CNPF (CPF)

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

Dados Residenciais

Logradouro

Número Complemento

Bairro UF

Código 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 (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nóculo ou caroço na mama?
 Sim, mama direita
 Sim, mama esquerda
 Não

2 - Apresenta risco elevado* para câncer de mama?
 Sim
 Não
 Não sabe

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?
 Sim
 Nunca foram examinadas anteriormente

4 - Faz mamografia alguma vez?
 Sim. Quando fez a última mamografia?

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.

os exames não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe e paciente preenchidos

ATENÇÃO : Não serão processados

INDICAÇÃO CLÍNICA

Mamografia diagnóstica mama esquerda mama direita ambas

5a. Achados no exame clínico

Mama direita

Lesão papilar Descarga papilar Crustosa Hemorrágica

Nódulo:

Localização
 QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:

Localização
 QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo palpável Axilar Supraclavicular

Mama esquerda

Lesão papilar Descarga papilar Crustosa Hemorrágica

Nódulo:

Localização
 QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:

Localização
 QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo palpável Axilar Supraclavicular

5b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal

Mama esquerda

5c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal

Mama esquerda

5d. Avaliação da resposta de QT neo-adjuvante

6 - Mamografia de rastreamento

Data de solicitação

Examinador

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

5 - Mamografia Diagnóstica

5a - Achados no exame clínico

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

5b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS)

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

5c - Lesão com diagnóstico de câncer

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

5d - Avaliação de resposta à quimioterapia neo-adjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neo-adjuvante, para avaliação da resposta

6 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos ou maiores de 35 anos com histórico familiar de câncer de mama. Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

Localização

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

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



PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - PSE - FICHA DO EDUCANDO

NOME DA ESCOLA: _____ UBS: _____
 SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: () MANHÃ () TARDE - ENDEREÇO: _____
 EDUCANDO: _____
 Nº DO CARTÃO DO SUS: _____ / _____ / _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ / _____ / _____ SEXO: M () F ()
 FILIAÇÃO: PAI: _____ MÃE: _____
 1. O EDUCANDO POSSUI REGISTRO CIVIL/IDENTIDADE? () SIM () NÃO
 2. RAÇA/COR: () BRANCA () PRETA () PARDA () AMARELA () INDÍGENA
 3. É BENEFICIÁRIO DA BOLSA FAMÍLIA? SIM () NÃO () SE SIM, QUAL Nº DO NIS? _____
 4. ANTROPOMETRIA: PESO: _____ ALTURA: _____ AVALIAÇÃO NUTRICIONAL IMC: _____ DATA: ____/____/____
 5. O EDUCANDO APRESENTA? () SOBREPESO () OBESIDADE () DESNUTRIÇÃO () PESO ADEQUADO.
 6. O EDUCANDO APRESENTA POSSÍVEIS SINAIS DE AGRAVOS DE SAÚDE NEGLIGENCIADOS? (HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA, TRACOMA, VERMINOSE)? SIM () NÃO () SE SIM, QUAL? _____
 DATA DA AVALIAÇÃO: ____/____/____
 7. O EDUCANDO POSSUI CARTÃO DE VACINAS E CADERNETA DO ADOLESCENTE? SIM () NÃO ()
 8. AFERIR A PRESSÃO ARTERIAL DO EDUCANDO: _____ NORMAL () ALTERADO () DATA DA AVALIAÇÃO: ____/____/____
 ORIENTAÇÕES / ENCAMINHAMENTOS: _____

REGISTRO DE PARTICIPAÇÃO DAS CAMPANHAS:	HANSENÍASE		VERMINOSE			TRACOMA	
	Positivo	Negativo	Tratamento	Sim	Não	Positivo	Negativo
DATA DA AVALIAÇÃO:	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
AÇÃO PRIORITÁRIA NO COMBATE AO Aedes Aegypti:	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____

Segurança alimentar e nutricional, alimentação saudável e obesidade infantil: 1º ____/____/____ 2º ____/____/____ 3º ____/____/____ 4º ____/____/____	Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS: ____/____/____ Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas: ____/____/____
Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos: 1º ____/____/____ 2º ____/____/____	Promoção das práticas Corporais, da Atividade Física e do lazer nas escolas: 1º ____/____/____ 2º ____/____/____ 3º ____/____/____ 4º ____/____/____
Prevenção das violências e dos acidentes: ____/____/____	Avaliação de Saúde bucal, escovação e aplicação tópica de flúor: 1º ____/____/____ 2º ____/____/____ 3º ____/____/____ 4º ____/____/____
Promoção da saúde auditiva e identificação de estudantes com possíveis sinais de alteração: ____/____/____	

REGISTRO DA TRIAGEM - ACUIDADE VISUAL

Data da Triagem: ____/____/____. Acuidade Visual: OD: _____ OE: _____ Sem correção () Com correção ()
 Conduta: Encaminhado para consulta () Orientado () Outros () _____
 Obs.: _____

Profissional Responsável pela Triagem: _____



AVALIAÇÃO DO ESQUEMA VACINAL - CRIANÇA E ADOLESCENTE - VERSO

ESQUEMA DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA			C = CONFORME / NC = NÃO CONFORME
IDADE	VACINA	DOSE	(Ver cartão de vacinas)
Ao nascer	BCG-ID	Dose única	
	Hepatite B	1ª dose	
2 meses	Pentavalente (DTP+Hib+Hep. B)	1ª dose	
	Poliomielite Inativada (VIP)		
	Pneumocócica 10-valente (conjugada)		
	Oral contra Rotavírus Humano (VORH)		
3 meses	Meningocócica C	1ª dose	
4 meses	Pentavalente (DTP+Hib+Hep. B)	2ª dose	
	Poliomielite Inativada (VIP)		
	Pneumocócica 10-valente (conjugada)		
	Oral contra Rotavírus Humano (VORH)		
5 meses	Meningocócica C	2ª dose	
6 meses	Pentavalente (DTP+Hib+Hep. B)	3ª dose	
	Poliomielite Inativada (VIP)		
9 meses	Febre amarela (atenuada)*	Dose única	
12 meses	Tríplice Viral (SCR) - sarampo, caxumba e rubéola	1ª dose	
	Meningocócica C	Reforço	
	Pneumocócica 10 valente	Reforço	
15 meses	Tríplice Bacteriana (DTP) - difteria, tétano e coqueluche	1º reforço	
	Poliomielite Oral (VOP)	1º reforço	
	Hepatite A	Dose única	
	Tetraviral (SCRV) - sarampo, caxumba, rubéola e varicela	Dose única	
4 anos	Tríplice Bacteriana (DTP) - difteria, tétano e coqueluche	2º reforço	
	Poliomielite Oral (VOP)	2º reforço	
	Varicela	2ª dose	
9 anos (Meninas) OBS.: Pode ser aplicada até 14 anos 11 meses e 29 dias.	Papilomavírus Humano (HPV)	Duas doses (0 e 6 meses)	

ESQUEMA DE VACINAÇÃO DO(A) ADOLESCENTE			C = CONFORME NC = NÃO CONFORME
IDADE	VACINAS	DOSE	
11 a 14 anos (Meninos)	Papilomavírus Humano (HPV)	Duas doses (0 e 6 meses)	
11 a 14 anos (Meninos e Meninas)	Meningocócica C	Um reforço ou Dose Única	
11 a 19 anos	Hepatite B (recombinante)	Três doses	
	Dupla bacteriana adulto (dT) - difteria e tétano	Uma dose a cada dez anos	
	Febre amarela (atenuada)*	Dose única	
	Tríplice Viral (SCR) - sarampo, caxumba e rubéola	Duas doses	

CONDUTA/ORIENTAÇÕES: _____
 PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: _____ DATA: ____/____/____

AVALIAÇÃO AUDITIVA
(ENSINO FUNDAMENTAL - 6 A 14 ANOS)



NOME DA ESCOLA: _____
UBS: _____
SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: MANHÃ () TARDE ()
EDUCANDO: _____ SEXO: M () F ()
Nº DO CARTÃO DO SUS ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
MÃE: _____
Pai: _____

OBJETIVOS:

- Identificar educandos com possíveis sinais de comprometimento auditivo;
- Orientar sobre os cuidados com a audição.

Perguntas para identificar sinais sugestivos de alterações do sistema auditivo:

Marque as opções de comportamento que o educando apresenta:

- 01) () Pede frequentemente para que se repitam frases, necessita que as ordens sejam repetidas ou costuma dizer "hã /o que" várias vezes;
- 02) () Não procura a fonte sonora (não vira a cabeça em direção a quem está falando);
- 03) () Não responde quando está de costas;
- 04) () Fala com intensidade elevada ou reduzida;
- 05) () Demonstra esforço ao tentar ouvir;
- 06) () Olha e concentra-se nos lábios ou procura pistas visuais no rosto do falante;
- 07) () É desatento quando há debates em sala de aula;
- 08) () Prefere o isolamento social;
- 09) () Cansa-se com facilidade;
- 10) () Tem dificuldades no aprendizado ou desempenho escolar abaixo do esperado para sua idade e escolaridade;
- 11) () Respira pela boca;
- 12) () Dificuldades em linguagem oral;
- 13) () Dificuldades em linguagem escrita;
- 14) () Alterações comportamentais.

Nota: Se a resposta for "sim" para ao menos 03 das questões apresentadas, sendo necessariamente 02 das questões numeradas de 1 a 6, há a suspeita de alguma alteração auditiva. Desta forma, os educandos deverão ser direcionados para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), e serão encaminhados para avaliação Otorrinolaringológica e Fonoaudiológica na rede de atenção à saúde auditiva de sua referência.

Orientações/conduita: _____

Profissional responsável: _____ Data: ____/____/____





AVALIAÇÃO AUDITIVA
 (ENSINO MÉDIO - 15 A 18 ANOS E EJA)
 (EDUCAÇÃO DE JIVENS E ADULTOS, IDADE MÍNIMA - 18 ANOS)

NOME DA ESCOLA: _____

UBS: _____

SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: () MANHÃ () TARDE

EDUCANDO: _____ SEXO: M () F ()

Nº DO CARTÃO DO SUS _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ DATA DE NASCIMENTO: _/ _/ _/

MÃE: _____

Pai: _____

OBJETIVOS:

- Identificar educandos com possíveis sinais de comprometimento auditivo;
- Orientar sobre os cuidados com a audição.

Perguntas que podem rastrear alterações do sistema auditivo2

Importante: o profissional de saúde deve adequar à linguagem das perguntas de acordo com a idade do estudante. As perguntas devem ser realizadas com estudantes de idade entre 06 e 18 anos e do EJA.

- 01) () Você acha que escuta bem?
- 02) () você acha que sua audição mudou no último ano?
- 03) () Você tem dificuldade para entender conversas em grupo ou ambientes ruidosos?
- 04) () Precisa pedir para as pessoas repetirem o que dizem com frequência?
- 05) () Já respondeu uma pergunta sem entendê-la por vergonha de pedir que a pessoa repita?
- 06) () Tem a sensação de que ouve, mas não entende o que as pessoas dizem?
- 07) () Precisa aumentar a televisão ou o rádio porque não costuma ouvir no mesmo volume que as outras pessoas?
- 08) () Você tem alguma queixa auditiva como dor, tontura, vertigem, chiado ou zumbido na orelha?
- 09) () Tem sensação de que ouve mais de um lado que do outro?
- 10) () Sente sensação de orelha tapado/abafado?
- 11) () Tem ou já teve problemas no ouvido (dor, secreção, fez cirurgia ou outro)?
- 12) () Você fica exposto a sons de forte intensidade (no trabalho ou lazer)?

Nota: Se a resposta for "sim" para ao menos 02 das questões apresentadas, há suspeita de alguma alteração auditiva. Desta forma, os educandos deverão ser direcionados para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), e serão encaminhados para avaliação Otorrinolaringológica e Fonoaudiológica na rede de atenção à saúde auditiva de sua referência.

Orientações/conduita: _____

Profissional responsável: _____ Data: _/ _/ _/



FICHA DO EDUCANDO AVALIAÇÃO AUDITIVA - EDUCAÇÃO INFANTIL (0 A 5 ANOS)

NOME DA ESCOLA: _____

UBS: _____

SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: MANHÃ () TARDE ()

EDUCANDO: _____ SEXO: M () F ()

Nº DO CARTÃO DO SUS _/ DATA NASCIMENTO: _/ _/ _/

MÃE: _____

PAI: _____

Respostas esperadas aos ome de produção de falada criança	
Idade	<p>1. Educação Infantil (0 a 5 anos):</p> <p>Objetivos: Identificar educandos com possíveis sinais de comprometimento auditivo; Orientar sobre os cuidados com a audição.</p> <p>1.2 Acompanhamento do desenvolvimento auditivo.</p> <p>Observar os seguintes marcos¹:</p>
Recém nascidos 3/4 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Desperta do sono com sons altos; - Reage ao ouvir os sons altos (respostas reflexas tais como: piscar os olhos, sobressalto, choro); - Esforços rudimentares para virar a cabeça em direção ao som; - Começa a inibição das respostas reflexas. <p>SIM () NÃO ()</p>
4 a 7 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Localiza a fonte sonora somente para o lado (movimentos de olhos ou de cabeça em direção à fonte sonora); - Esta fase coincide com a habilidade de sustentar e virar a cabeça; - Repete sons como "a a a", "u u u", "ma ma ma". <p>SIM () NÃO ()</p>
7 a 9 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Localiza a fonte sonora para o lado e indiretamente para baixo; - Responde ao ouvir seu nome; - Emite sons, chama atenção para o que quer como balbúcio; - Olha para a pessoa ou objeto quando alguém fala sobre ele. <p>SIM () NÃO ()</p>
9 a 13 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Localiza a fonte sonora diretamente para o lado e para baixo; - Responde a ordens simples (ex: "dar tchau", "cadê a mamãe"). <p>SIM () NÃO ()</p>
13 a 16 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Localiza a fonte sonora diretamente para o lado e para baixo e indiretamente para cima; - Emite sons com significado, tenta repetir palavras simples, (ex: "au au", "dá", "não"). <p>SIM () NÃO ()</p>
16 a 21 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Localiza diretamente os sons para o lado, para baixo e para cima. Reconhecer partes do corpo ou roupas/calçados quando nomeadas (ex: "cadê o cabelo, boca, nariz, orelha, mão, sapato"); - Falava palavras isoladas de uso cotidiano e começa a emitir frases simples (ex: "que mama", "dá bola"); - Compreende ordens e perguntas simples. <p>SIM () NÃO ()</p>
21 a 24 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Localiza diretamente os sons em qualquer ângulo. Pode selecionar objetos/pessoas familiares quando são nomeados (Ex: boneca, cachorro, vaca, avião); - Compreende histórias, dança quando ouve músicas. Fala o nome de objetos apontando-os; - Quando quer pedir algo já utiliza a fala. Emite frases de 2 a 3 palavras e gosta de falar enquanto brinca; - Usa o próprio nome. <p>SIM () NÃO ()</p>
24 aos 36 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Obedece a ordens simples tais como, "coloque o carrinho na caixa", "pegue a roupa no armário"; - Começa a entender o significado de algumas palavras mais abstratas, tais como, "vamos", "suba", "entre"; - Pergunta constantemente o nome dos objetos. Pessoas mais próximas já entendem a sua fala; - Pede objetos pelo nome; - Aponta partes do corpo quando solicitada verbalmente; - Entende histórias; <p>SIM () NÃO ()</p>





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO

Secretaria Municipal de Saúde

COMISSÃO DE LÍQUIDAÇÃO DE RUBRICA

0 a 36 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Quando não é entendida, repete o que havia dito. - Responde quando chamado mesmo estando em outro cômodo da casa; - Escuta sons no mesmo volume que os demais membros de sua família; - Refere-se a si como eu; - Consegue contar fatos que ocorreram. Mantém diálogos curtos; - Responde questões simples como: quem, o que. Sabe dizer para que serve os objetos; - Usa pronomes (meu, seu, ela); - Atende ordens envolvendo noções espaciais (em cima, embaixo). 	SIM () NÃO ()
48 aos 60 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Já adquiriu quase todos os sons da fala; - Escuta e entende a maior parte do que é falado; - Faz perguntas referentes às atividades de vida diária ou às historinhas que ouve; - Comunica-se com facilidade com adultos e outras crianças; - É capaz de contar uma história. 	SIM () NÃO ()

ORIENTAÇÕES:

1. Exercício Intelectual (0 a 2 anos)

Objetivos: Identificar e reconhecer sons de objetos e atividades cotidianas.

2. Aquisição da linguagem oral

Objetivos: Desenvolver o uso da linguagem oral.

3. Desenvolvimento da linguagem escrita

Objetivos: Desenvolver o uso da linguagem escrita.

4. Desenvolvimento da linguagem matemática

Objetivos: Desenvolver o uso da linguagem matemática.

5. Desenvolvimento da linguagem artística

Objetivos: Desenvolver o uso da linguagem artística.

6. Desenvolvimento da linguagem social

Objetivos: Desenvolver o uso da linguagem social.

7. Desenvolvimento da linguagem científica

Objetivos: Desenvolver o uso da linguagem científica.

8. Desenvolvimento da linguagem tecnológica

Objetivos: Desenvolver o uso da linguagem tecnológica.

9. Desenvolvimento da linguagem ambiental

Objetivos: Desenvolver o uso da linguagem ambiental.

10. Desenvolvimento da linguagem cultural

Objetivos: Desenvolver o uso da linguagem cultural.

11. Desenvolvimento da linguagem histórica

Objetivos: Desenvolver o uso da linguagem histórica.

12. Desenvolvimento da linguagem filosófica

Objetivos: Desenvolver o uso da linguagem filosófica.

13. Desenvolvimento da linguagem religiosa

Objetivos: Desenvolver o uso da linguagem religiosa.

14. Desenvolvimento da linguagem política

Objetivos: Desenvolver o uso da linguagem política.

15. Desenvolvimento da linguagem jurídica

Objetivos: Desenvolver o uso da linguagem jurídica.

16. Desenvolvimento da linguagem médica

Objetivos: Desenvolver o uso da linguagem médica.

17. Desenvolvimento da linguagem profissional

Objetivos: Desenvolver o uso da linguagem profissional.

18. Desenvolvimento da linguagem acadêmica

Objetivos: Desenvolver o uso da linguagem acadêmica.

19. Desenvolvimento da linguagem científica

Objetivos: Desenvolver o uso da linguagem científica.

20. Desenvolvimento da linguagem tecnológica

Objetivos: Desenvolver o uso da linguagem tecnológica.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: _____

DATA: ____/____/____

20

RELATÓRIO MENSAL DO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

UNIDADE DE SAÚDE: _____

MÊS: _____ ANO: _____ CRES: 4^ª



Motivo do Atendimento	10-14 anos		15-19 anos		Consulta Médica	Consulta Enfermagem	Consulta Outros Profissionais	Total
	Masc	Fem.	Masc	Fem.				
Acomp. do Crescimento								
Planejamento Familiar								
Imunização								
Pré-Natal								
DST								
Queixas Ginecológicas								
Queixas Clínicas								
Dentista								
Nutrição								
Transtornos Emocionais								
Oficinas Educativas								
Trat. Fonoaudiólogo								
Prática Corporal								
Visita Domiciliar								
Assistência Social								
Pediatra								
Total								

MOVIMENTAÇÃO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Métodos Distributivos	10-14 anos		15-19 anos		Total	Estoque Atual
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.		
Preservativo Masculino						
Anticoncepcional Oral						
Anticoncepcional Injetável						
Outros						
Total						

ASSINATURA/CARIMBO DO RESPONSÁVEL

CONSOLIDADO MENSAL DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

UNIDADE DE SAÚDE: _____

COMPETÊNCIA - MÊS/ANO: _____ / _____

REGIONAL DE SAÚDE: 4ª CRES



USUÁRIA		Nº DE CONSULTA MÉDICA	Nº DE CONSULTA ENFERMAGEM	Nº DE PARTO	NORMAL	
					CESÁREA	
NOVAS	< 20 ANOS					
	=> 20 ANOS					
SUBSEQUENTE						
TOTAL						

Nº DE CURETAGEM	
Nº DE VDRL NO PARTO	
Nº DE SIFILIS CONGÊNITA	

MÉTODOS DISPENSADOS POR CLIENTE

MÉTODOS HORMONAIS		UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE RECEBIDA POR			QUANT. DISTRIBUÍDA
			MS	Estado	PPI	
ORAL	COMBINADO DE BAIXA DOSAGEM	CARTELAS				
	ANTICONCEPÇÃO DE URGÊNCIA	CARTELAS				
	MINIPÍLULA	CARTELAS				
INJETÁVEL	MENSAL	AMPOLAS				
	TRIMESTRAL	AMPOLAS				
OUTROS (PRESERVATIVO MASCULINO)						
OUTROS (PRESERVATIVO FEMININO)						

MÉTODOS DE ESTERILIZAÇÃO

VASECTOMIA	
LAQUEADURA TUBÁRIA	

DIU	UNIDADE				
CONSUMO DE IMUNOGLOBULINA ANTI RH	AMPOLAS				
CONSUMO DE MISOPROSTOL 25 MG	COMPRIMIDO				
CONSUMO DE MISOPROSTOL 200 MG	COMPRIMIDO				
CONSUMO DE HIDRALAZINA	AMPOLAS				

ASSINATURA/CARIMBO DO RESPONSÁVEL

MAPA DE PRODUÇÃO MENSAL / CONSOLIDADO
PROGRAMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES



UNIDADE DE SAÚDE: _____ MÊS: _____ ANO: _____

DIABETES		HIPERTENSÃO	
1 – Total de pacientes atendidos no mês:		1 – Total de pacientes atendidos no mês:	
1ª Vez		1ª Vez	
Retorno		Retorno	
Total		Total	
2 – Sexo		2 – Sexo	
Masculino		Masculino	
Feminino		Feminino	
Total		Total	
3 – Faixa Etária:		3 – Faixa Etária:	
Até 19 anos		Até 19 anos	
20 a 30 anos		20 a 30 anos	
31 a 40 anos		31 a 40 anos	
41 a 60 anos		41 a 60 anos	
Mais de 60 anos		Mais de 60 anos	
Total		Total	
4 – Tratamento:		4 – Tratamento:	
Dieta + Exercícios Físicos		Dieta + Exercícios Físicos	
Hipogliceminante Oral		Hipogliceminante Oral	
Insulina		Insulina	
Anti-hipertensivo		Anti-hipertensivo	
Total		Total	
5 – Complicações		5 – Complicações	
Dislipidemia		Dislipidemia	
Creatinina Alta		Creatinina Alta	
Perda de Proteína na Urina		Perda de Proteína na Urina	
Dormência Parestesias		Dormência Parestesias	
Amputação		Amputação	
Enfarte		Enfarte	
AVC		AVC	
Retinopatia		Retinopatia	
6 – Risco:		6 – Risco:	
Obesidade		Obesidade	
Fumante		Fumante	
História Familiar		História Familiar	
Sedentarismo		Sedentarismo	
Total		Total	
7 – Problemas:		7 – Problemas:	
Falta Treinamento?		Falta Treinamento?	
Falta Medicamento?		Falta Medicamento?	
Qual?		Qual?	
Faltam Profissionais?		Faltam Profissionais?	
Qual?		Qual?	
Falta Glicemia?		Falta Glicemia?	
Falta Aparelho de Pressão?		Falta Aparelho de Pressão?	

ASSINATURA/CARIMBO DO RESPONSÁVEL

FORMULÁRIO PARA BUSCA ATIVA



A- BUSCA ATIVA DE SERVIÇO EM SAÚDE

- 1- Competência – Mês/Ano: _____ / _____
- 2- Nome dos serviços de saúde: _____
- 3- Localização: () Urbana () Rural Período reservado: _____
- 4- Tipo de Estabelecimento: () Público () Privado () Outros
- 5- Tipos de Atendimento: () Consulta Ambulatorial () Emergência () Internação
- 6- Busca Ativa realizada em:
() Livro de Registro () Prontuário () Ficha de Atendimento
() AIH () Relatório SAME
- 7- Contatos:
() Pediatras () Clínicos () Infectologista
() Equipe de Enfermagem () Chefia de Enfermagem () Outros: _____
- 8- Total de atendimento revisado: _____
- 9- Número de casos Suspeitos de Sarampo encontrados: _____
- 10- Lista de casos: (Vide Verso)
- 11- Número de casos Suspeitos de Rubéola encontrados: _____
- 12- Lista de casos: (Vide Verso)

OBS: Atendimento revisado se houver registro de febre e exantema, ler com atenção a história clínica para verificar se é compatível com caso suspeito de Sarampo e Rubéola.

B- BUSCA ATIVA NA COMUNIDADE:

- 1- Localidade: _____
- 2- Localização: () Urbana () Rural
- 3- Entrevista: () Sim () Não N° de entrevistados: _____
- 4- Visita domiciliar: () Sim () Não N° de domicílios: _____
- 5- Entrevista a profissional de saúde:
() Médico () Auxiliar de Enfermagem () Bioquímico () Outros
() Enfermeiro () Técnico de Enfermagem () A. C. S N° de entrevistas: _____
- 5- Número de casos suspeitos encontrados:

Suspeito	Número	Notificado	Investigado	Não Notificado
Sarampo				
Rubéola				

Responsável pela Busca Ativa:

Assinatura/Carimbo do Responsável



VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL
AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA



IDENTIFICAÇÃO

NOME/EMPRESA: _____

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO: _____

ENDEREÇO: _____

CEP: _____

MUNICÍPIO: _____

CNPJ OU CPF: _____

RAMO DE ATIVIDADE: _____

N.º ALVARÁ SANITÁRIO: _____

Ao (s) _____ (_____) dias do mês de _____ do ano de 20 _____
 a empresa supra citada infringiu os seguintes dispositivos legais e regulamentares:

_____, com a constatação da(s) seguinte(s) irregularidade(s): _____

As referidas irregularidades encontram-se tipificada (s) no artigo 10, inciso (s) _____, da Lei Federal n.º 6.437 de 20/08/77. O presente Auto de Infração sanitária é lavrado em conformidade com o art. 13 da Lei Federal n.º 6.437 de 20/08/77, ficando notificado o autuado a partir do recebimento deste, nos termos do art. 17 da Lei Federal 6.437 de 20/08/77, que responderá pelo fato em processo administrativo. O prazo para apresenta defesa ou impugnação ao auto é de 15 (quinze) dias, a contar do recebimento deste, perante a Vigilância Sanitária do Município, no endereço e CEP _____

PENAS PREVISTAS: _____

CIÊNCIA

Data: ____ / ____ / ____	Assinatura do Servidor	RECEBI A 1ª VIA DESTE AUTO EM ____ / ____ / ____ AUTUADO Nome: _____ RG/CPF: _____
	Identificação do Servidor (Nome completo)	
	Identificação Funcional (Matrícula, credencial ou outros)	

QUANDO O AUTUADO SE RECUSAR A ASSINAR OU FOR ANALFABETO:

TESTEMUNHA: _____ Assinatura	TESTEMUNHA: _____ Assinatura
RG/CPF/CNH: _____	RG/CPF/CNH: _____



ESTADO DO CEARÁ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
 Secretaria Municipal de Saúde

CADASTRO DE ESTABELECIMENTO

DADOS OPERACIONAIS

Matriz Filial

CNPJ da Matriz

Inclusão Alteração Encerramento



IDENTIFICAÇÃO

Fantasia

Razão Social

CNPJ da Filial

Inscr. Estadual

Inscr. Municipal

CNES

Endereço

Complemento

Número

Bairro

Município

CEP

Data Funcionamento

Natureza

E-mail

Fone

Fax

ATIVIDADE

Área

Atividade

Sub-Atividade

LINHA DE PRODUÇÃO

Área

Unidade

Forma

RESPONSÁVEL LEGAL

Ass

CPF

RG

Org. Exped

Data Expedição

RESPONSÁVEL TÉCNICO

CPF

Nome

RG

Org. Exped

Data Expedição

Fornagã, Profissional

Congresso de Classe

Registro

Escolaridade

Especialização

Nome (igual) do Responsável Técnico/Legal

Assinatura do Responsável Técnico/Legal

Data

Nome (igual) do Cadastro de VISA

Assinatura do cadastro de VISA

Data



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde



VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL FICHA DE DENÚNCIA

DATA: ____ / ____ / ____

NOME DO DENUNCIANTE: _____

ENDEREÇO DO DENUNCIANTE: _____

NOME DO DENUNCIADO: _____

ENDEREÇO DA DENÚNCIA: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

DENÚNCIA POR. TELEFONE PESSOALMENTE

MOTIVO DA DENÚNCIA:

- 01) ÁGUA SERVIDA PARA A VIA PÚBLICA
- 02) CRIAÇÃO DE ANIMAIS IRREGULARES
- 03) FOSSA EXALANDO MAU CHEIRO
- 04) GÊNEROS E PRODUTOS ALIMENTAR DETERIORADOS
- 05) OUTROS A ESPECIFICAR

OBSERVAÇÃO: _____

ASSINATURA DO SERVIDOR QUE RECEBEU A DENÚNCIA

ASSINATURA DO DENUNCIANTE



VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL

REQUISIÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA PARA USO DAS UNIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE REQUISITANTE: _____ ALVARÁ N° _____

ENDEREÇO: _____

PESSOA AUTORIZADA A RETIRAR O DOCUMENTO NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA:

NOME: _____ CARGO: _____

CPF: _____ RG: _____

PARA RETIRAR A NOTIFICAÇÃO DE RECEITA:

() A – AMARELA: Quantidade de blocos: _____ () B – AZUL: Quantidade de folhas: _____

() B2 – AZUL: Quantidade de folhas: _____ () C2 – Especial/Retinoides: Quanti. de folhas: _____

Assinatura e carimbo, com CRM, CRMV e CRO dos requisitantes

_____/_____/_____
Data

AUTORIZAÇÃO EMITIDA PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

NÚMERO DE BLOCO	NUMERAÇÃO CONCEDIDA
	a
	a
	a
	a
	a
	a

Assinatura e carimbo do coordenador de vigilância

_____/_____/_____
Data da Autorização

Portaria nº 344/98 – Regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.



VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL LAUDO DE INSPEÇÃO



ESTABELECIMENTO

FIRMA OU RAZÃO SOCIAL:

NOME FANTASIA:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

RAMO DE ATIVIDADE:

INSCRIÇÃO NO CNPJ-ME

ASSENTAMENTO SANITÁRIO:

Aos _____ (_____) dias do mês de _____ do ano de 20____,
às _____ horas, no exercício de FISCALIZAÇÃO DE SAÚDE vistoriei (amos) a firma citada, para
fins de _____,
conforme requerimento registrado nº _____ e constatei que: _____

CIÊNCIA

Recebi a 2ª via em ____ / ____ / ____

Interessado (a)

Capistrano, ____ de ____ de ____

Inspetor

Inspetor

TESTEMUNHA: _____

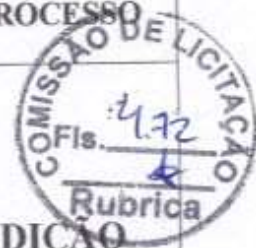
Assinatura

RG/CPF/CNH: _____

TESTEMUNHA: _____

Assinatura

RG/CPF/CNH: _____



VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL

TERMO DE: APREENSÃO INTERDIÇÃO DESINTERDIÇÃO

ESTABELECIMENTO

FIRMA OU RAZÃO SOCIAL:

NOME FANTASIA:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

RAMO DE ATIVIDADE:

INSCRIÇÃO NO CNPJ:

REGISTRO SANITÁRIO ALVARA:

Aos _____ (_____) dias do mês de _____ do ano de _____
 (_____), às _____ horas, no exercício da FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA, perante
 o responsável pelo estabelecimento acima citado e em face do que dispõe (m) o (s) órgão (s) _____

o que segue abaixo especificados (apreendi, interditei e desinterditei) _____

Em decorrência de: _____

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

CIÊNCIA	Recebi a 2ª via em _____ / _____ / _____ _____ <p style="text-align: center;">Detentor (a)</p>	Capistrano, _____ de _____ de _____ _____ <p style="text-align: center;">Inspetor</p> _____ <p style="text-align: center;">Inspetor</p>
	TESTEMUNHA: _____ <p style="text-align: center;">Assinatura</p> RG/CPF/CNH: _____	TESTEMUNHA: _____ <p style="text-align: center;">Assinatura</p> RG/CPF/CNH: _____

SUS PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

FAD - 02

ETIQUETAS PARA REMESSA DE ESPÉCIMES

SER Data: / / Sem.

BAIRRO:

Nº do QT: Nº do imóvel:

Rua:

Nº da amostra: Nº de larvas:

Tipo de Dep. Espec.

Capacidade: Material:

Nome do agente: Equipe:

Resultado de Exame: Data: / /

SUS PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

FAD - 02

ETIQUETAS PARA REMESSA DE ESPÉCIMES

SER Data: / / Sem.

BAIRRO:

Nº do QT: Nº do imóvel:

Rua:

Nº da amostra: Nº de larvas:

Tipo de Dep. Espec.

Capacidade: Material:

Nome do agente: Equipe:

Resultado de Exame: Data: / /

SUS PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

FAD - 02

ETIQUETAS PARA REMESSA DE ESPÉCIMES

SER Data: / / Sem.

BAIRRO:

Nº do QT: Nº do imóvel:

Rua:

Nº da amostra: Nº de larvas:

Tipo de Dep. Espec.

Capacidade: Material:

Nome do agente: Equipe:

Resultado de Exame: Data: / /

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
273

Subscrição

SUS PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

FAD - 02

ETIQUETAS PARA REMESSA DE ESPÉCIMES

SER Data: / / Sem.

BAIRRO:

Nº do QT: Nº do imóvel:

Rua:

Nº da amostra: Nº de larvas:

Tipo de Dep. Espec.

Capacidade: Material:

Nome do agente: Equipe:

Resultado de Exame: Data: / /

SUS PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

FAD - 02

ETIQUETAS PARA REMESSA DE ESPÉCIMES

SER Data: / / Sem.

BAIRRO:

Nº do QT: Nº do imóvel:

Rua:

Nº da amostra: Nº de larvas:

Tipo de Dep. Espec.

Capacidade: Material:

Nome do agente: Equipe:

Resultado de Exame: Data: / /

SUS PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

FAD - 02

ETIQUETAS PARA REMESSA DE ESPÉCIMES

SER Data: / / Sem.

BAIRRO:

Nº do QT: Nº do imóvel:

Rua:

Nº da amostra: Nº de larvas:

Tipo de Dep. Espec.

Capacidade: Material:

Nome do agente: Equipe:

Resultado de Exame: Data: / /

SUS PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

FAD - 02

ETIQUETAS PARA REMESSA DE ESPÉCIMES

SER Data: / / Sem.

BAIRRO:

Nº do QT: Nº do imóvel:

Rua:

Nº da amostra: Nº de larvas:

Tipo de Dep. Espec.

Capacidade: Material:

Nome do agente: Equipe:

Resultado de Exame: Data: / /

SUS PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

FAD - 02

ETIQUETAS PARA REMESSA DE ESPÉCIMES

SER Data: / / Sem.

BAIRRO:

Nº do QT: Nº do imóvel:

Rua:

Nº da amostra: Nº de larvas:

Tipo de Dep. Espec.

Capacidade: Material:

Nome do agente: Equipe:

Resultado de Exame: Data: / /

SUS PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

FAD - 02

ETIQUETAS PARA REMESSA DE ESPÉCIMES

SER Data: / / Sem.

BAIRRO:

Nº do QT: Nº do imóvel:

Rua:

Nº da amostra: Nº de larvas:

Tipo de Dep. Espec.

Capacidade: Material:

Nome do agente: Equipe:

Resultado de Exame: Data: / /

