





## INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

A ficha de CONTROLE DE CASOS deve ser utilizada para preenchimento de dados nos controles de casos de tracoma detectados.

### CAMPOS DE IDENTIFICAÇÃO:

**ÓRGÃO EXECUTOR:** nome da instituição responsável pela inquérito / busca ativa (FUNASA ou SMS) do município ou outro órgão

**MUNICÍPIO:** anotar o nome do município onde está sendo realizado o controle de casos.

**UF:** Unidade Federativa a qual pertence o município/localidade investigada.

**LOCALIDADE:** anotar o bairro ou distrito onde está sendo realizado o controle de casos.

**ESCOLA:** no caso do inquérito escolar, anotar o nome completo da instituição a ser examinada.

**CLASSE:** Identificar a turma na qual está sendo realizada o controle de casos.

**CONTROLE:** assinalar com (x), se o controle/retorno está sendo realizado na escola ou no domicílio.

**ENDEREÇO:** anotar o ENDEREÇO completo da escola ou da residência das pessoas que estão sendo acompanhadas.

**ZONA:** assinalar com (X) se o local onde está sendo realizado controle/retorno, é zona urbana ou rural

#### DADOS DOS PACIENTES:

**N°:** número seqüencial de registros das pessoas sob controle.

**NOME:** identificação da pessoa sob acompanhamento, anotar o nome e o sobrenome.

**SEXO:** marcar com um (X) em M se Masculino, em F se feminino.

**IDADE:** anotar a idade em anos para crianças acima de um ano completo. Em menores de um ano anotar a idade e meses, com número seguido de (M).

**DIAGNÓSTICO:** preencher com (X), segundo padronização da O.M.S. o diagnóstico encontrado no inquérito / busca ativa, para o olho direito (OD) e para o olho esquerdo (OE).

TF - se inflamação tracomatosa folicular;

TI - se inflamação tracomatosa intensa;

TS - se cicatrização conjuntival tracomatosa;

TT - se triquiase tracomatosa;

CO - se opacificação corneana;

**OBS:** assinalar as formas clínicas encontradas em cada olho. As formas clínicas encontradas não são excludentes, ou seja, pode haver mais de um tipo de manifestação de tracoma em cada olho examinado.

**DATA DO DIAGNÓSTICO:** anotar o dia, mês e ano em que foi feito o diagnóstico.

**DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO:** anotar o dia, mês e ano em que foi iniciado o tratamento.

#### CONTROLES

**1° CONTROLE, 2°CONTROLE e 3° CONTROLE** - neste campo existem duas colunas a serem preenchidas:

<b>F - Faltoso</b>	quando indivíduo estiver ausente ao exame de controle ou abandonar e/ou recusar o tratamento.
<b>T - Em tratamento</b>	quando nas visitas de controle, persistirem os sinais inflamatórios do tracoma (TF e/ ou TI), em um ou ambos os olhos devendo-se manter ou reiniciar-se o tratamento.
<b>ACL - Alta Clínica</b>	quando, após 3 meses do início do tratamento, os sinais de tracoma inflamatório ativo estiverem ausentes, isto é, ausência de folículos, mesmo que apresente cicatrizes (TS).
<b>ACS - Alta curado(a) sem cicatrizes</b>	quando, após o terceiro retorno (aproximadamente 9 meses depois do início do tratamento), não existirem mais sinais de tracoma inflamatório ativo (TF e/ou TI), não tenha ocorrido reinfecção e não existam cicatrizes.
<b>ACC - Alta curado(a) com cicatrizes</b>	quando, após o terceiro retorno (aproximadamente 9 meses depois do início do tratamento), não existirem mais sinais de tracoma inflamatório ativo (TF e/ou TI), não tenha ocorrido reinfecção, mas com a presença de cicatrizes características do tracoma (TS).
<b>NSA - Não se aplica</b>	anotar NSA quando o indivíduo tem formas clínicas cicatriciais (TS/TT/CO), que não necessitam de tratamento medicamentoso, assim com visitas trimestrais de controle. Tais casos devem ser registrados em livro próprio para acompanhamento anual e encaminhamento para cirurgias dos casos de TT.
<p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Marcar com X (SIM) , se o paciente foi encaminhado para um serviço de referência ou (NÃO), em caso contrário.</p> <p><b>CIRURGIA:</b> Marcar com (SIM), se o paciente foi submetido à cirurgia de Triquiase ou em caso contrário (NÃO).</p> <p>Obs.: Esta informação deve ser obtida através do acompanhamento de cada paciente encaminhado a serviço de referência.</p>	

### RESUMO DA FICHA

N° de pacientes com alta curado sem cicatrizes:

N° de pacientes com alta curado com cicatrizes:

N° de pacientes faltosos/abandono:

N° de pacientes com 3 controles:

N° de pacientes encaminhados para serviços de referência para cirurgia de triquiase:

N° de casos submetidos a cirurgia de triquiase:





**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nº AIH  PRONTUÁRIO  DATA INTERNAÇÃO  DATA SAÍDA

NOME DO PACIENTE

NOME DA MÃE

NOME DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO: (Rua, Av., Sítio, etc...)

MUNICÍPIO  RAÇA / COR  TIPO DOC.  DOCUMENTO

CEP  UF

SEXO  
 MASCULINO  
 FEMININO

DATA NASCIMENTO

**IDENTIFICAÇÃO DA INTERNAÇÃO**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRÇÃO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESCRÇÃO

Nº DN

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO  
 SIM  
 NÃO

**C O M P L E M E N T O**

COMPLEMENTO DE PARTO

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO  
 VIVOS-  
 MORTOS

ALTAS TRANSFERÊNCIA SAÍDA P/ ÓBITO

Nº PRÉ-NATAL

REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO NO HOSPITAL

NOME DA CRIANÇA

NOME DO CARTÓRIO

LIVRO  FOLHA  TERMO  DATA DE EMISSÃO

LAQUEADURA OU VASECTOMIA

QTD FILHOS

GRAU DE INSTRUÇÃO

METOD. CONTRACEPTIVO 1

METOD. CONTRACEPTIVO 2

ESPECIALIDADE

CID PRINCIPAL

CPF PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA AUTORIZAÇÃO

MOT. SAÍDA

C. AT.  ENFERMARIA  LEITO

CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO	QTD.	CPF / CNPJ / CNES	CBO	CNES
<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



## ALTERAÇÃO MENSAL NO CADASTRAMENTO FAMILIAR DE ÓBITO

ESF: \_\_\_\_\_

Mês: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

Nº	NOME	CNS	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	DATA DO ÓBITO	OCORRÊNCIA	ACS/MICROÁREA	Nº DA FAMÍLIA
01				__/__/__	__/__/__			
02				__/__/__	__/__/__			
03				__/__/__	__/__/__			
04				__/__/__	__/__/__			
05				__/__/__	__/__/__			
06				__/__/__	__/__/__			
07				__/__/__	__/__/__			
08				__/__/__	__/__/__			
09				__/__/__	__/__/__			
10				__/__/__	__/__/__			

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Carimbo

Rua Padre José Beviláqua, 642 - Centro, Viçosa do Ceará - CEP: 62300-000  
Fone: (88) 3632-1202



Prezado Dr.(a)

Contando com sua preciosa colaboração, solicitamos o obséquio de nos fornecer os dados abaixo relacionados, que servirão para subsidiar a conclusão do exame médico- pericial. O fornecimento dessas informações, sigilosas e de utilização exclusiva para subsidiar a análise do benefício pleiteado, conta com autorização do segurado interessado ou responsável legal (Lei nº 3.268/57; Lei nº 7.713/88; Lei nº 8.213/91; Lei nº 9.250/99, Decreto de nº 44.045/88; Decreto nº 3.000/99; Decreto nº 3.048/99, e Resoluções do Conselho Federal de Medicina nºs 1.246/88 e 1.484/97).

### SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

Eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, autorizo a emissão, em carácter confidencial, das informações abaixo solicitadas; por atenderem a meu interesse (ou interesse de) \_\_\_\_\_ (de quem sou responsável legal).

Assinatura do Servidor ou Responsável Legal

### ATESTADO MÉDICO

Atesto que o (a) usuário (a) \_\_\_\_\_ está em tratamento de saúde no serviço de \_\_\_\_\_, devido \_\_\_\_\_ CID-10 \_\_\_\_\_, desde \_\_\_\_\_, e que necessita de \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) dias de afastamento de suas atividades laborativas a partir desta data, em consequência de (a) \_\_\_\_\_

Viçosa do Ceará \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Médico Assistentente

Nota:

Este atestado é válido para as finalidades previstas no Decreto Municipal Nº 017/2008, de 19/05/2008



## ATESTADO MÉDICO

*Atesto, aos devidos fins, que o (a) cliente \_\_\_\_\_*

*iniciou tratamento nesta unidade \_\_\_\_\_, atualmente com  
Hipótese Diagnóstica do CID10: \_\_\_\_\_.*

*No momento, encontra-se no uso dos seguintes psicofármacos:*

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

*O cliente tem histórico de:*

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

*Observações:*

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

*Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.*

\_\_\_\_\_  
**Assinatura/Carimbo - Médico - CRM**



31  
Governo Municipal de Viçosa do Ceará  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Hospital e Maternidade Municipal de Viçosa do Ceará



## ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o (a)  
Sr (a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ necessita de afastamento de suas atividades durante \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) dia(s), por motivo de doença

CID10 \_\_\_\_\_

Viçosa do Ceará, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico - CRM

**ATESTADO MÉDICO**



***Atesto, para os devidos fins, que o (a) Sr. (a)***

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***necessita de afastamento de suas atividades  
durante \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) dias, por motivo de  
doecimento.***

**CID10 \_\_\_\_\_.**

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura/Carimbo do Médico**





PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS  
AGENDAMENTO PARA EXAMES LABORATORIAIS - LABCLIN



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
154  
Assessoria de Planejamento

NOME: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( )

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_

QUANTIDADE DE EXAMES: \_\_\_\_\_

GRUPO DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL PELO AGENDAMENTO



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS  
AGENDAMENTO PARA EXAMES LABORATORIAIS - LABCLIN



NOME: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( )

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_

QUANTIDADE DE EXAMES: \_\_\_\_\_

GRUPO DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL PELO AGENDAMENTO



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS  
AGENDAMENTO PARA EXAMES LABORATORIAIS - LABCLIN



NOME: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( )

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_

QUANTIDADE DE EXAMES: \_\_\_\_\_

GRUPO DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL PELO AGENDAMENTO



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS



AGENDAMENTO PARA EXAMES LABORATORIAIS



DATA DO EXAME: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORÁRIO: 07:00h

LABCLIN – VIÇOSA DO CEARÁ

ENDEREÇO: RUA PREFEITO ANTONIO GOMES DA SILVA, Nº 93

ATENÇÃO:

- COMPARECER AO EXAME EM JEJUM
- LEVAR SOLICITAÇÃO MÉDICA E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS



AGENDAMENTO PARA EXAMES LABORATORIAIS



DATA DO EXAME: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORÁRIO: 07:00h

LABCLIN – VIÇOSA DO CEARÁ

ENDEREÇO: RUA PREFEITO ANTONIO GOMES DA SILVA, Nº 93

ATENÇÃO:

- COMPARECER AO EXAME EM JEJUM
- LEVAR SOLICITAÇÃO MÉDICA E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS



AGENDAMENTO PARA EXAMES LABORATORIAIS



DATA DO EXAME: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORÁRIO: 07:00h

LABCLIN – VIÇOSA DO CEARÁ

ENDEREÇO: RUA PREFEITO ANTONIO GOMES DA SILVA, Nº 93

ATENÇÃO:

- COMPARECER AO EXAME EM JEJUM
- LEVAR SOLICITAÇÃO MÉDICA E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS



AGENDAMENTO PARA EXAMES LABORATORIAIS



DATA DO EXAME: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORÁRIO: 07:00h

LABCLIN – VIÇOSA DO CEARÁ



ENDEREÇO: RUA PREFEITO ANTONIO GOMES DA SILVA, Nº 93



ATENÇÃO:

- COMPARECER AO EXAME EM JEJUM
- LEVAR SOLICITAÇÃO MÉDICA E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS





**PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS**  




 **AGENDAMENTO PARA EXAMES LABORATORIAIS** 



**POLICLÍNICA – TIANGUÁ**  
**DATA DO EXAME:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**ATENÇÃO:**

- COMPARECER AO EXAME EM JEJUM
- SAÍDA DO TRANSPORTE ÀS 07:00h, DA CENTRAL DE MARCAÇÃO
- LEVAR SOLICITAÇÃO MÉDICA E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

**PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS**  




 **AGENDAMENTO PARA EXAMES LABORATORIAIS** 



**POLICLÍNICA – TIANGUÁ**  
**DATA DO EXAME:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**ATENÇÃO:**

- COMPARECER AO EXAME EM JEJUM
- SAÍDA DO TRANSPORTE ÀS 07:00h, DA CENTRAL DE MARCAÇÃO
- LEVAR SOLICITAÇÃO MÉDICA E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

**PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS**  




 **AGENDAMENTO PARA EXAMES LABORATORIAIS** 



**POLICLÍNICA – TIANGUÁ**  
**DATA DO EXAME:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**ATENÇÃO:**

- COMPARECER AO EXAME EM JEJUM
- SAÍDA DO TRANSPORTE ÀS 07:00h, DA CENTRAL DE MARCAÇÃO
- LEVAR SOLICITAÇÃO MÉDICA E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

**PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS**  


 **AGENDAMENTO PARA EXAMES LABORATORIAIS** 

**POLICLÍNICA – TIANGUÁ**  
**DATA DO EXAME:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**ATENÇÃO:**

- COMPARECER AO EXAME EM JEJUM
- SAÍDA DO TRANSPORTE ÀS 07:00h, DA CENTRAL DE MARCAÇÃO
- LEVAR SOLICITAÇÃO MÉDICA E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL



**PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DE SAÚDE DE VIÇOSA DO CEARÁ**  
**SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR-MELHOR EM CASA**

Avaliação do Cuidador

Nome:	Solicitação SAD: __/__/__
Idade:	Cuidador: Parentesco:

Histórico:

---



---

Enfermagem								
Cuidados	///	///	///	///	///	///	///	///
	Avaliação	Avaliação	Avaliação	Avaliação	Avaliação	Avaliação	Avaliação	Avaliação
Banho no leito/Higiene								
Aspiração de Via Aérea Superior								
Curativo								
Cuidado com Dieta Enteral								
Mudança de Decúbito								
Admin. De Medicação por SNE								
Cuidados com Sondagem								
Cuidados com Colostomia								

Observações:

---



---

Legenda:	1	Insatisfatório
	2	Satisfatório
	3	Muito Satisfatório

Enfermeiro SAD: \_\_\_\_\_

Enfermeiro Unidade Clínica: \_\_\_\_\_

Fonte: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM/SP).





PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**VIÇOSA DO CEARÁ**  
 UNIDOS PELO POVO  
 Secretaria de Saúde

CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO MARIA CIPRIANO DE MESQUITA

## AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

### I- ANAMNESE

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome			
Nasc	Idade	Cor	Sexo
Naturalidade	Nacionalidade		Estado civil
Endereço			
Bairro		Tel	
Profissão			

#### QUEIXA PRINCIPAL

H D A

#### ANTECEDENTES FAMILIARES

#### ANTECEDENTES PESSOAIS

### II - EXAME FÍSICO

#### INSPEÇÃO GERAL

#### a) ESTADO MENTAL

Cooperativa

- Orientada
- Alteração de Memória: \_\_\_\_\_
- Estado emocional: \_\_\_\_\_
- Alteração de fala: \_\_\_\_\_

b) TIPO DE MARCHA

- Helicoidal
- Anserina
- Parkinsoniana
- Cerebelar
- Tabética
- Vestibular
- Escarvante
- Claudicante
- Espástica

c) TROFISMO MUSCULAR

PERIMETRIA:

MMSS		MMII	
MSD	MSE	MID	MIE
15cm	15cm	15cm	15cm
10cm	10cm	10cm	10cm
5cm	5cm	5cm	5cm
Inferlinha articular do cotovelo		Pateia	
5cm	5cm	5cm	5cm
10cm	10cm	10cm	10cm
15cm	15cm	15cm	15cm

Obs: \_\_\_\_\_

d) TÔNUS MUSCULAR

- Hipotonia: \_\_\_\_\_
- Hipertonia: \_\_\_\_\_
- Atonia: \_\_\_\_\_
- Distonia: \_\_\_\_\_

e) FORÇA MUSCULAR

TESTE DE FUNÇÃO MUSCULAR	
Músculo	Gradação

Obs: \_\_\_\_\_





Governo Municipal de Viçosa do Ceará  
Secretaria de Saúde

Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF



AVALIAÇÃO POSTURAL:

	ANTERIOR		
Pés	<input type="checkbox"/> Maleolo medial D mais alto.	<input type="checkbox"/> Maleolo medial E mais alto	<input type="checkbox"/> Normal
Joelhos	<input type="checkbox"/> Varo.	<input type="checkbox"/> Valgo.	<input type="checkbox"/> Normal
Quadril	<input type="checkbox"/> Direito mais alto.	<input type="checkbox"/> Esquerdo mais alto.	<input type="checkbox"/> Normal
Cotovelos	<input type="checkbox"/> Varo.	<input type="checkbox"/> Valgo.	<input type="checkbox"/> Normal
Triângulo T ales	<input type="checkbox"/> Direito Maior	<input type="checkbox"/> Esquerdo Maior	<input type="checkbox"/> Normal
Ombros	<input type="checkbox"/> Direito mais alto	<input type="checkbox"/> Esquerdo mais alto	<input type="checkbox"/> Normal
Cabeça	<input type="checkbox"/> Inclinação lateral D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Rotação à D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Normal
			<input type="checkbox"/> Normal
	PERFIL		
Pés	<input type="checkbox"/> Cavo	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Normal
Joelhos	<input type="checkbox"/> Genu recurvatum	<input type="checkbox"/> Genu flexum	<input type="checkbox"/> Normal
Quadril	<input type="checkbox"/> Anteversão	<input type="checkbox"/> Retroversão	<input type="checkbox"/> Normal
	<input type="checkbox"/> Lado direito à frente	<input type="checkbox"/> Lado esquerdo mais à frente	<input type="checkbox"/> Normal
Coluna Lombar	<input type="checkbox"/> Hiperlordose	<input type="checkbox"/> Retificação da lordose	<input type="checkbox"/> Normal
Coluna Dorsal	<input type="checkbox"/> Hipercifose	<input type="checkbox"/> Retificação da cifose	<input type="checkbox"/> Normal
Coluna Cervical	<input type="checkbox"/> Hiperlordose	<input type="checkbox"/> Retificação da lordose	<input type="checkbox"/> Normal
Ombros	<input type="checkbox"/> Protusão	<input type="checkbox"/> Retração	<input type="checkbox"/> Normal
	<input type="checkbox"/> Lado direito à frente	<input type="checkbox"/> Lado esquerdo à frente	<input type="checkbox"/> Normal
Cabeça	<input type="checkbox"/> Protusão	<input type="checkbox"/> Retração	<input type="checkbox"/> Normal
			<input type="checkbox"/> Normal
	POSTERIOR		
Calcâneo	<input type="checkbox"/> Varo.	<input type="checkbox"/> Valgo.	<input type="checkbox"/> Normal
Linha Poplítea	<input type="checkbox"/> Direita mais alta	<input type="checkbox"/> Esquerda mais alta	<input type="checkbox"/> Normal
Quadril	<input type="checkbox"/> Direita mais alto	<input type="checkbox"/> Esquerda mais alto	<input type="checkbox"/> Normal
Prega Glútea	<input type="checkbox"/> Direita mais alta	<input type="checkbox"/> Esquerda mais alta	<input type="checkbox"/> Normal
Escápulas	<input type="checkbox"/> Abduzidas	<input type="checkbox"/> Aduzidas	<input type="checkbox"/> Normal
Ombros	<input type="checkbox"/> Direito mais alto	<input type="checkbox"/> Esquerdo mais alto	<input type="checkbox"/> Normal
Cabeça	<input type="checkbox"/> Inclinação lateral à D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Rotação à D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Normal
Escoliose	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> Normal
Giba	<input type="checkbox"/> Direita	<input type="checkbox"/> Esquerda	<input type="checkbox"/> Normal
			<input type="checkbox"/> Normal
	<b>Outras Retrações:</b>		<input type="checkbox"/> Normal
	<input type="checkbox"/> Lordose Lombossacra		<input type="checkbox"/> Normal
	<input type="checkbox"/> Lordose Diafragmatica		<input type="checkbox"/> Normal



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**VIÇOSA DO CEARÁ**  
UNIDOS PELO BEM

PREFEITURA MUNICIPAL  
FL. Nº 464  
Comissão de Licitação

CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO MARIA CIPRIANO DE MESQUITA

**AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA**

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

Dn: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_ estado civil: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_ altura: \_\_\_\_ profissão: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_ data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Diagnóstico provisório: \_\_\_\_\_

Diagnóstico definitivo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico cinético - funcional: \_\_\_\_\_

Q.P.: \_\_\_\_\_

H.D.A.: \_\_\_\_\_

Historia das Doenças Progressas

( ) HAS ( ) Diabetes ( ) Problemas Cardíacos ( ) Osteoporose

Doenças Pulmonares: \_\_\_\_\_

Doenças Da Infância: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Traumatismos: \_\_\_\_\_

Cirurgias Ou Internações: \_\_\_\_\_

Uso De Medicamentos: \_\_\_\_\_

Historia Familiar: \_\_\_\_\_

Historia Social:

( ) Tabagista ( ) Ex - Tabagista Tempo: \_\_\_\_\_





( ) Etilista ( ) Ex-Etilista Tempo: \_\_\_\_\_  
( ) Atividade Física Qual \_\_\_\_\_ Frequência \_\_\_\_\_  
Sono: ( ) Traquilo ( ) Agitado

Manifestações Clínicas:

1. Eupnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispneia ( ) Taquipnéia ( ) Taquidispnéia ( )
2. Tosse: ( ) Produtiva ( ) Seca ( ) Eficaz ( ) Ineficaz
3. Expectoração: ( ) Mucosa ( ) Mucopurulenta ( ) Purulenta ( ) Espumosa ( ) Hemoptise
4. Dor Torácica ( ) Associada A Palpação ( ) Ventilatório Dependente ( )
5. Cianose ( ) Baqueamento Digital ( ) Febre ( ) Astenia ( ) Anorexia ( )
6. Emagrecimento ( )

Exame Físico:

A.P: \_\_\_\_\_  
P.A: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ Mmhq Fc: \_\_\_\_\_ Bpm F \_\_\_\_\_ lrpm

Inspeção Estatica

Tipo De Tórax: \_\_\_\_\_  
Tiragens: \_\_\_\_\_  
BAN: \_\_\_\_\_

Inspeção Dinâmica:

Padrões Ventilatório: \_\_\_\_\_

Exame Da Musculatura:

- Diaphragma: \_\_\_\_\_
- Ecom: \_\_\_\_\_
- Intercostais Externos \_\_\_\_\_
- Escaleno: \_\_\_\_\_

Palpação:

- Expansibilidade: \_\_\_\_\_
- Frênito Toracovocal: \_\_\_\_\_

Percussão: ( ) Fisiológica ( ) Macicez ( ) Som Timpânico

FISIOTERAPEUTA / CREFITO



PREFEITURA MUNICIPAL  
**VIÇOSA DO CEARÁ**  
 UNIDOS PELO POVO  
*Secretaria da Saúde*



Secretaria Municipal de Saúde

Centro de Reabilitação Maria Marina Cipriano de Mesquita

**AVALIAÇÃO TRAUMATO - ORTOPEDIA**

NOME: \_\_\_\_\_  
 DN: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
 PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
 TELEFONE: \_\_\_\_\_ DATA DA AVALIAÇÃO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: \_\_\_\_\_  
 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: \_\_\_\_\_  
 DIAGNÓSTICO CINÉTICO - FUNCIONAL: \_\_\_\_\_

Q.P.: \_\_\_\_\_

H.D.A. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

H.P.P.  
 Aparelho locomotor ( ) \_\_\_\_\_  
 Cardíaco - Respiratório ( ) \_\_\_\_\_  
 Cardíaco - Vascular ( ) \_\_\_\_\_  
 Ginecológico ( ) \_\_\_\_\_  
 Outros ( ) \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES FAMILIARES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_







PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
**Hospital Maternidade Municipal de Viçosa do Ceará**

Av. José Figueira, s/n - Centro - Fone: (088) 3632.1119  
Viçosa do Ceará



## Aviso de Alta

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Pront.: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Cep.: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enf.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

## Dados Clínicos

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Às \_\_\_\_\_

- ( ) Cura
- ( ) Melhorado
- ( ) Transferência
- ( ) Evasão
- ( ) A pedido
- ( ) Óbito

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura Enfermeiro Chefe



**BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DA ESF**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ . ESF: \_\_\_\_\_ . Assinatura e Carimbo do Profissional Dr. (a): \_\_\_\_\_

Nº	NOME	TURNO	IDADE	SEXO	ENDEREÇO	ACS	DIAGNÓSTICO OU PROCEDIMENTO	ASSINATURA Paciente/Responsável
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

N°	NOME	TURNO	IDADE	SEXO	ENDEREÇO	ACS	DIAGNÓSTICO OU PROCEDIMENTO	ASSINATURA Paciente/Responsável
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								
41								
42								
43								
44								
45								
46								
47								
48								
49								
50								















# BPA-I Boletim de Produção Ambulatorial

## Dados Individualizados

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE \_\_\_\_\_ C.NES \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ NOME DO PROFISSIONAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_ MÊS/ANO \_\_\_\_\_ EQUIPE \_\_\_\_\_ FOLHA \_\_\_\_\_

**SEQUÊNCIA 1** \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_

SEXO \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE \_\_\_\_\_ RACIA/COR \_\_\_\_\_ ETNIA \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ COD. IBGE MUNICIPAL \_\_\_\_\_

Max. Fem. \_\_\_\_\_

COD. URBANIZADO \_\_\_\_\_ ENDEREÇO \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

BARRIO \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_ TELEFONE DE CONTATO \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO \_\_\_\_\_ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_ Q'TDE \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_

SERVIÇO \_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_ CARACTER DE ATENDIMENTO \_\_\_\_\_ N.º DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_

**SEQUÊNCIA 2** \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_

SEXO \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE \_\_\_\_\_ RACIA/COR \_\_\_\_\_ ETNIA \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ COD. IBGE MUNICIPAL \_\_\_\_\_

Max. Fem. \_\_\_\_\_

COD. URBANIZADO \_\_\_\_\_ ENDEREÇO \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

BARRIO \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_ TELEFONE DE CONTATO \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO \_\_\_\_\_ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_ Q'TDE \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_

SERVIÇO \_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_ CARACTER DE ATENDIMENTO \_\_\_\_\_ N.º DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_

**SEQUÊNCIA 3** \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_

SEXO \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE \_\_\_\_\_ RACIA/COR \_\_\_\_\_ ETNIA \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ COD. IBGE MUNICIPAL \_\_\_\_\_

Max. Fem. \_\_\_\_\_

COD. URBANIZADO \_\_\_\_\_ ENDEREÇO \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

BARRIO \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_ TELEFONE DE CONTATO \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO \_\_\_\_\_ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_ Q'TDE \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_

SERVIÇO \_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_ CARACTER DE ATENDIMENTO \_\_\_\_\_ N.º DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE \_\_\_\_\_ GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL \_\_\_\_\_

CARREGO \_\_\_\_\_ N.º DA FOLHA \_\_\_\_\_ CARREGO \_\_\_\_\_ N.º DA FOLHA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_











**BOLETIM DIÁRIO DE ATENDIMENTO DO NASF-AB**



Assistente Social  Educadora Física  Fisioterapeuta  Fonoaudióloga  Nutricionista  Psicóloga

Profissional (Assinatura/Carimbo): \_\_\_\_\_ Mês/Ano: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº	DATA	NOME	SEXO	IDADE	DATA DE NASCIMENTO	Nº CNS	Endereço/UBS/ESF	T.A	Ass. Responsável
01	__/__/__				__/__/__				
02	__/__/__				__/__/__				
03	__/__/__				__/__/__				
04	__/__/__				__/__/__				
05	__/__/__				__/__/__				
06	__/__/__				__/__/__				
07	__/__/__				__/__/__				
08	__/__/__				__/__/__				
09	__/__/__				__/__/__				
10	__/__/__				__/__/__				
11	__/__/__				__/__/__				
12	__/__/__				__/__/__				
13	__/__/__				__/__/__				
14	__/__/__				__/__/__				
15	__/__/__				__/__/__				
16	__/__/__				__/__/__				
17	__/__/__				__/__/__				
18	__/__/__				__/__/__				
19	__/__/__				__/__/__				
20	__/__/__				__/__/__				
21	__/__/__				__/__/__				
22	__/__/__				__/__/__				
23	__/__/__				__/__/__				
24	__/__/__				__/__/__				









VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E CONTROLE DE ENDEMIAS

BOLETIM MENSAL DAS ATIVIDADES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE E  
HANSENÍASE

UBS: \_\_\_\_\_ MÊS: \_\_\_\_\_ ANO: 2017

**TUBERCULOSE**

1- EXAMES DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS

1.1. Total de Sintomáticos Respiratórios para diagnóstico \_\_\_\_\_

1.2. Nº de SR com baciloscopia positiva (+) \_\_\_\_\_

1.3 Nº de SR com baciloscopia negativa (-) \_\_\_\_\_

2- TOTAL DE PACIENTES EM TRATAMENTO

2.1. Esquema básico (R+H +Z) \_\_\_\_\_

2.2 Esquema CB (retratamento) Básico \_\_\_\_\_

2.3 Outros esquemas (tratamento alternativo) \_\_\_\_\_

**HANSENÍASE**

1- EXAMES DE SINTOMÁTICOS COM LESÕES/MANCHAS

1.1. Total de Sintomáticos para diagnóstico \_\_\_\_\_

1.2. Nº de sintomáticos positivo(+) \_\_\_\_\_

1.3 Nº de sintomáticos negativo(-) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Enfermeiro





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL (BPA -I)

Folha		IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	
		Nome do Estabelecimento de Saúde	CNES/Unidade
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE			
Nome do Profissional		CBO - Profissional	
CNS do Profissional		CPF do Profissional	
DADOS DO PACIENTE E DO ATENDIMENTO			
CNS do Usuário		Nome do Usuário	*Sexo Raça/Cor
			Parda
Data / Nasc	Nome da Mãe		
/ /	Responsável		
CID - 10 Principal	CID - 10 Secundário	Município	CEP
		Endereço	Nº
		Bairro	
Tipo de Logradouro		Complemento	
E-mail		Fone: Contato	
Data Atendimento	/ /	Cód. Procedimento	QTD
			151
DADOS DO PACIENTE E DO ATENDIMENTO			
CNS do Usuário		Nome do Usuário	*Sexo Raça/Cor
			Parda
Data / Nasc	Nome da Mãe		
/ /	Responsável		
CID - 10 Principal	CID - 10 Secundário	Município	CEP
		Endereço	Nº
		Bairro	
Tipo de Logradouro		Complemento	
E-mail		Fone: Contato	
Data Atendimento	/ /	Cód. Procedimento	QTD
DADOS DO PACIENTE E DO ATENDIMENTO			
CNS do Usuário		Nome do Usuário	*Sexo Raça/Cor
			Parda
Data / Nasc	Nome da Mãe		
/ /	Responsável		
CID - 10 Principal	CID - 10 Secundário	Município	CEP
		Endereço	Nº
		Bairro	
Tipo de Logradouro		Complemento	
E-mail		Fone: Contato	
Data Atendimento	/ /	Cód. Procedimento	QTD

\*M - Masculino;  
F - Feminino.



PREFEITURA MUNICIPAL  
 FL. Nº 482  
 Comissão de Licitação

DADOS DO PACIENTE E DO ATENDIMENTO					
CNS do Usuário		Nome do Usuário		*Sexo	Raça/Cor
Data / Nasc		Nome da Mãe		Parda	
/ /		Responsável			
CID - 10 Principal	CID - 10 Secundário	Município	Endereço	CEP	Nº
		Itaboraí	rua do curral	62300-000	
Tipo de Logradouro		Complemento			
E-mail		Fone: Contato			
Data Atendimento		Cód. Procedimento		QTD	

DADOS DO PACIENTE E DO ATENDIMENTO					
CNS do Usuário		Nome do Usuário		*Sexo	Raça/Cor
Data / Nasc		Nome da Mãe		Parda	
/ /		Responsável			
CID - 10 Principal	CID - 10 Secundário	Município	Endereço	CEP	Nº
		Itaboraí	rua do curral	62300-000	
Tipo de Logradouro		Complemento			
E-mail		Fone: Contato			
Data Atendimento		Cód. Procedimento		QTD	

DADOS DO PACIENTE E DO ATENDIMENTO					
CNS do Usuário		Nome do Usuário		*Sexo	Raça/Cor
Data / Nasc		Nome da Mãe		Parda	
/ /		Responsável			
CID - 10 Principal	CID - 10 Secundário	Município	Endereço	CEP	Nº
		Itaboraí	rua do curral	62300-000	
Tipo de Logradouro		Complemento			
E-mail		Fone: Contato			
Data Atendimento		Cód. Procedimento		QTD	

DADOS DO PACIENTE E DO ATENDIMENTO					
CNS do Usuário		Nome do Usuário		*Sexo	Raça/Cor
Data / Nasc		Nome da Mãe		Parda	
/ /		Responsável			
CID - 10 Principal	CID - 10 Secundário	Município	Endereço	CEP	Nº
		Itaboraí	rua do curral	62300-000	
Tipo de Logradouro		Complemento			
E-mail		Fone: Contato			
Data Atendimento		Cód. Procedimento		QTD	

DADOS DO PACIENTE E DO ATENDIMENTO					
CNS do Usuário		Nome do Usuário		*Sexo	Raça/Cor
Data / Nasc		Nome da Mãe		Parda	
/ /		Responsável			
CID - 10 Principal	CID - 10 Secundário	Município	Endereço	CEP	Nº
		Itaboraí	rua do curral	62300-000	
Tipo de Logradouro		Complemento			
E-mail		Fone: Contato			





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL NAS CRECHES E ESCOLAS  
PROGRAMA DE AÇÕES COLETIVAS



VIÇOSA DO CEARÁ  
UNIDOS PELA PAZ



### CADASTRO ANUAL DE PARTICIPANTES

Nome da Escola: \_\_\_\_\_

Série: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

	Nome do Aluno	Data de Nascimento
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		
33.		
34.		
35.		
36.		





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

DUM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DPP: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. DPP (eco): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Gesta: \_\_\_\_ Parto: \_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_. Gravidez: Risco Habitual  Alto Risco

Partos: Normais: \_\_\_\_ Cirúrgicos: \_\_\_\_ Gravidez Planejada: Sim  Não

**ANTECEDENTES**

Diabetes:  HAS:  ITU:  Tromboembolismo:  Infertilidade:  Cardiopatia:

Parto prematuro:  3 ou + abortos:  2 cesárias prévias:

**GESTAÇÃO ATUAL**

Fuma: \_\_\_\_ Álcool: \_\_\_\_ Outras drogas: \_\_\_\_ Anemia: \_\_\_\_ ITU: \_\_\_\_ HAS: \_\_\_\_

Hemorragia: \_\_\_\_ Isoimunização Rh: \_\_\_\_ Ameaça Parto PT: \_\_\_\_ DM Gest: \_\_\_\_

Peso Anterior: \_\_\_\_ Altura (cm): \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

EXAME	DATA	1º TRIMESTRE	DATA	3º TRIMESTRE
Beta HCG				
ABO/RH				
HB/HT				
GLICEMIA JEJUM				
URINA-EAS				
URINOCULTURA				
TOTG				
COOMBS IND.				
TOXOPLASMOSE				
<b>OUTROS EXAMES</b>				

VACINA	1ª DOSE	2ª DOSE	3ª DOSE
INFLUENZA			
HEPATITE B			
dTpa			
ANTITETANICA			

TESTE RÁPIDO	DATA	LOTE	VALIDADE	RESULTADO
HIV				
SÍFILIS				
HBSAG				
HCV				

	1ª CONSULTA	2ª CONSULTA	3ª CONSULTA	4ª CONSULTA	5ª CONSULTA	6ª CONSULTA	7ª CONSULTA	8ª CONSULTA	9ª CONSULTA	10ª CONSULTA
DATA										
IG DUM										
IG US										
PESO (kg) / IMC	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
PA (mmHg)										
ALT. UTERINA	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
BCF	BPM	BPM	BPM	BPM	BPM	BPM	BPM	BPM	BPM	BPM
APRES. FETAL.										
EDEMA										
ASS/CARIMBO										





### Hospital Maternidade Municipal de Viçosa do Ceará

Nº de Ordem \_\_\_\_\_ Empregador ou Razão Social \_\_\_\_\_

CGC \_\_\_\_\_ Atividade Econômica \_\_\_\_\_

Empregado \_\_\_\_\_

Nº Registro \_\_\_\_\_ Nº CTPS \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_

Local de Trabalho \_\_\_\_\_ 1ª Quinzena \_\_\_\_\_

Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

H. de Trab. Entrada Intervalo p/ Retenção Saída Repou. Semanal

Nor. Dias	MANHÃ		TARDE		EXTRAS		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

"De conformidade com a Portaria Mrb nº 3161 de 08-09-82 e, 3081 de 14-04-84, este Cartão de ponto substitui para todos os efeitos o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externa"



	Horas	A R\$	TOTAIS
Normais			R\$
Extras			R\$
Desc. Remun.			R\$
			R\$
Soma		R\$	
Prev. Social		R\$	
Imp. Renda		R\$	
		R\$	
Total dos Descontos		R\$	
Salário Família		R\$	
Saldo a Receber		R\$	

2ª Quinzena

H. Nos. Dias	MANHÃ		TARDE		EXTRAS		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

Recebi o saldo acima mencionado

Assinatura do Empregado  
 Registro de Ocorrência

**VACINAS APLICADAS NA INFÂNCIA**

	DATA (ÚLTIMA APLICAÇÃO)	TIPO DE DOSE (1ª ou 2ª ou 3ª ou Reforço)
BCG - id		
PÓLIO		
DTP		
HEPATITE B		
HEMÓFILO		
SARAMPO/CAXUMBA/RUBÉOLA		
FEBRE AMARELA		
OUTRAS		

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE IMUNIZAÇÃO

NOME:

R.G.:

DATA DE NASCIMENTO:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENDEREÇO:

UNIDADE DE SAÚDE:

MANTENHA ESTA CADERNETA EM SEU PODER, JUNTO COM SEUS DOCUMENTOS.  
VALIDADE EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL





DUPLA ADULTO	HEPATITE B
____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
Lote _____	Lote _____
Cód _____	Cód _____
Nome _____	Nome _____
Reg. Prof. _____	Reg. Prof. _____
DUPLA ADULTO	HEPATITE B
____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
Lote _____	Lote _____
Cód _____	Cód _____
Nome _____	Nome _____
Reg. Prof. _____	Reg. Prof. _____
DUPLA ADULTO	HEPATITE B
____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
Lote _____	Lote _____
Cód _____	Cód _____
Nome _____	Nome _____
Reg. Prof. _____	Reg. Prof. _____
SAR/CAX/RUB	
____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
Lote _____	Lote _____
Cód _____	Cód _____
Nome _____	Nome _____
Reg. Prof. _____	Reg. Prof. _____
____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
Lote _____	Lote _____
Cód _____	Cód _____
Nome _____	Nome _____
Reg. Prof. _____	Reg. Prof. _____
____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
Lote _____	Lote _____
Cód _____	Cód _____
Nome _____	Nome _____
Reg. Prof. _____	Reg. Prof. _____
FEBRE AMARELA	

Observações

---

---

---

---

---

---



PREFEITURA MUNICIPAL  
**VIÇOSA DO CEARÁ**  
UNIDOS PELO POVO  
*Secretaria da Saúde*



**CARTÃO DO  
PACIENTE**



Nome: \_\_\_\_\_  
End: \_\_\_\_\_  
P.S.F: \_\_\_\_\_  
A.C.S: \_\_\_\_\_





AGENDAMENTOS	
DATA/HORA	ATENDIMENTO

AGENDAMENTOS	
DATA/HORA	ATENDIMENTO

AGENDAMENTOS	
DATA/HORA	ATENDIMENTO







TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES EXTERNOS TRANSFERIDOS

Nº Ordem	Nº do Prontuário	Enf.	Leito	Nome Completo do Paciente	Clinica	Categoria	Rúbrica

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES INTERNADOS

Nº Ordem	Nº do Prontuário	Enf.	Leito	Nome Completo do Paciente	Clinica	Categoria	Rúbrica

ÓBITO

Nº Ordem	Nº do Prontuário	Enf.	Leito	Nome Completo do Paciente	Clinica	Categoria	Rúbrica

**ENTRADAS**

Vindos do Dia Anterior \_\_\_\_\_

Internados \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_

Transferidos \_\_\_\_\_

Total Geral \_\_\_\_\_

**SAÍDAS**

Altas \_\_\_\_\_

Óbitos \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_

Transferências \_\_\_\_\_

Total Geral \_\_\_\_\_

Total de Entradas \_\_\_\_\_

Total de Saídas \_\_\_\_\_

EXISTEM \_\_\_\_\_

Nº de Leitos \_\_\_\_\_

Nº de Leitos Vagos \_\_\_\_\_

Nº de Leitos Previd \_\_\_\_\_

Nº de Leitos Ocupad \_\_\_\_\_



Nº de Leitos Vagos \_\_\_\_\_









**PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** 

CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS  
CONTROLE INTERNO DE SOLICITAÇÃO DE CONSULTA

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

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



SOLICITAÇÃO/ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

OBS.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

**PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** 

CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS  
CONTROLE INTERNO DE SOLICITAÇÃO DE CONSULTA

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

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



SOLICITAÇÃO/ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

OBS.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

**PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** 

CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS  
CONTROLE INTERNO DE SOLICITAÇÃO DE CONSULTA

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

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



SOLICITAÇÃO/ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

OBS.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

**PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** 

CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS  
CONTROLE INTERNO DE SOLICITAÇÃO DE CONSULTA

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

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



SOLICITAÇÃO/ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

OBS.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

**PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** 

CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS  
CONTROLE INTERNO DE SOLICITAÇÃO DE CONSULTA

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

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



SOLICITAÇÃO/ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

OBS.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

**PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** 

CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS  
CONTROLE INTERNO DE SOLICITAÇÃO DE CONSULTA

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

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



SOLICITAÇÃO/ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

OBS.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

**PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** 

CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS  
CONTROLE INTERNO DE SOLICITAÇÃO DE CONSULTA

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

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



SOLICITAÇÃO/ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

OBS.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

**PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** 

CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS  
CONTROLE INTERNO DE SOLICITAÇÃO DE CONSULTA

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

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



SOLICITAÇÃO/ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

OBS.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

**PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** 

CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS  
CONTROLE INTERNO DE SOLICITAÇÃO DE CONSULTA

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

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

SOLICITAÇÃO/ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

OBS.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

Comissão de Licitação  
PREFEITURA MUNICIPAL  
de Viçosa do Ceará  
19/06/2024





## CHECKLIST DE DESEMPENHO E PRODUTIVIDADE DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.

Segundo atribuições específicas da profissão como membro da Estratégia Saúde da Família, de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.



ESF: \_\_\_\_\_ Mês/Ano: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ACS: \_\_\_\_\_ Microárea: \_\_\_\_\_

### Situação do ACS:

- Ativo     Período de Férias     Licença Médica     Licença Maternidade  
 Outro (especificar): \_\_\_\_\_

### O Agente Comunitário de Saúde:

1 - Trabalha com adscrição de famílias em base geográfica definida (sua microárea).	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
2 - Mantém atualizado o cadastro das pessoas de sua microárea.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
3 - Orienta as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
4 - Realiza atividades programadas e de atenção à demanda espontânea: faz acompanhamento de grupos prioritários como crianças, gestantes, pacientes com doenças crônicas, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, acamados, entre outros.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
5 - Acompanha, por meio de visitas domiciliares, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, programando visitas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que as famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, realizando no mínimo 01 (uma) visita por mês em cada família.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
6 - Desenvolve ações que busquem a integração entre equipe de saúde e a comunidade adscrita à equipe, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais e da coletividade, permitindo-se contribuir com o processo de trabalho da equipe, melhorando o atendimento em saúde de sua comunidade.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
7 - Desenvolve atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como, por exemplo, Combate à Dengue, Zika e Chikungunya, Leishmaniose, Redução da Mortalidade Infantil, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
8 - Mantém contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando a promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionantes do Programa Bolsa Família ou qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, Estadual ou Municipal, de acordo com o planejamento da equipe e da gestão.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
9 - Atende a rotina do PNI, acompanhando as famílias de sua microárea, de acordo com o Calendário Básico de Vacinação a ser executado.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
10 - Fornece ao enfermeiro de sua unidade as informações necessárias para alimentação de sistemas de informação e estatística mensal, assim como mantém tais informações atualizadas, colaborando com a gestão para monitorização de indicadores de saúde.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>

Assinatura do Agente Comunitário de Saúde

Assinatura/Carimbo  
do Profissional Responsável

Secretaria de Saúde  
Coordenação de Imunização  
**Conferência Mensal de Doses/Meta**

UBS: \_\_\_\_\_ Mês: \_\_\_\_\_

**Imunobiológicos**

Idade	Meta	Penta	Pnc 10	Vip	Vorh	Mnc C	Trivir	Hep A	Tetra	Dtp	Vop	Varic
2m												
3m												
4m												
5m												
6m												
1a												
1,3a												
4a												

Observações:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável





SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

PSF:

DENTISTA:

ACD:

CONTROLE DE ENTREGA DE FLUOR BOCHECHO NAS ESCOLAS:

	Escolas Cadastradas	Diretor/Professor	Ag. Saúde	Turnos	Nº salas	Quant. Sanchês	Data de entrega	Responsável recebimento
S E D E								
D E S L O C A M E N T O								



PREFEITURA MUNICIPAL  
FL. No 500  
Comissão de Licitação



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
VIÇOSA DO CEARÁ

CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAC  
MARIA CIPRIANO DE MESQUITA

Controle de Frequência

Nome:	_____
Diagnóstico:	_____
Matricula:	_____
Tratamento:	_____

Rua Lamartine Nogueira, S/N - Centro  
CEP: 62.350-000 - Viçosa do Ceará - CE











### CHECKLIST DE DESEMPENHO E PRODUTIVIDADE DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.

Segundo atribuições específicas da profissão como membro da Estratégia Saúde da Família, de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.



ESF: \_\_\_\_\_ Mês/Ano: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ACS: \_\_\_\_\_ Microárea: \_\_\_\_\_

#### Situação do ACS:

- Ativo     Período de Férias     Licença Médica     Licença Maternidade  
 Outro (especificar): \_\_\_\_\_

#### O Agente Comunitário de Saúde:

1 - Trabalha com adscrição de famílias em base geográfica definida (sua microárea).	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
2 - Mantém atualizado o cadastro das pessoas de sua microárea.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
3 - Orienta as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
4 - Realiza atividades programadas e de atenção à demanda espontânea: faz acompanhamento de grupos prioritários como crianças, gestantes, pacientes com doenças crônicas, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, acamados, entre outros.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
5 - Acompanha, por meio de visitas domiciliares, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, programando visitas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que as famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, realizando no mínimo 01 (uma) visita por mês em cada família.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
6 - Desenvolve ações que busquem a integração entre equipe de saúde e a comunidade adscrita à equipe, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais e da coletividade, permitindo-se contribuir com o processo de trabalho da equipe, melhorando o atendimento em saúde de sua comunidade.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
7 - Desenvolve atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como, por exemplo, Combate à Dengue, Zika e Chikungunya, Leishmaniose, Redução da Mortalidade infantil, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
8 - Mantém contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando a promoção da saúde, a prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionantes do Programa Bolsa Família ou qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, Estadual ou Municipal, de acordo com o planejamento da equipe e da gestão.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
9 - Atende a rotina do PNI, acompanhando as famílias de sua microárea, de acordo com o Calendário Básico de Vacinação a ser executado.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
10 - Fornece ao enfermeiro de sua unidade as informações necessárias para alimentação de sistemas de informação e estatística mensal, assim como mantém tais informações atualizadas, colaborando com a gestão para monitorização de indicadores de saúde.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>

Assinatura do Agente Comunitário de Saúde

Assinatura/Carimbo  
do Profissional Responsável







Início

ANO	MÊS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	Janeiro																																
	Fevereiro																																
	Março																																
	Abril																																
	Mai																																
	Junho																																
	Julho																																
	Agosto																																
	Setembro																																
	Outubro																																
	Novembro																																
	Dezembro																																

OBS:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
VIÇOSA DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL  
FL. Nº 506  
CÁMARA MUNICIPAL DE LICITAÇÃO

CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAC  
MARIA CIPRIANO DE MESQUITA

Controle de Frequência

Nome:	_____
Diagnostico:	_____
Matricula:	_____
Tratamento:	_____

Rua Lamartine Nogueira, SN - Centro  
CEP: 62.350-000 - Viçosa do Ceará - CE



Secretaria de Saúde  
Coordenação de Imunização  
**Conferência Mensal de Doses/Meta**

UBS: \_\_\_\_\_ Mês: \_\_\_\_\_

**Imunobiológicos**

Idade	Meta	Penta	Pnc 10	Vip	Vorh	Mnc C	Trivir	Hep A	Tetra	Dtp	Vop	Varic
2m												
3m												
4m												
5m												
6m												
1a												
1,3a												
4a												

Observações:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

PSF:

DENTISTA:

ACD:

CONTROLE DE ENTREGA DE FLUOR BOCHECHO NAS ESCOLAS:

	Escolas Cadastradas	Diretor/Professor	Ag. Saúde	Turnos	Nº salas	Quant. Sanchês	Data de entrega	Responsável recebimento
S E D E								
D E S L O C A M E N T O								







## **DECLARAÇÃO**



**Declaro, aos devidos fins, que o Sr. (a)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**compareceu nesta unidade para atendimento,**

**no turno \_\_\_\_\_, sendo acompanhado por**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

**UBS:** \_\_\_\_\_.

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura/Carimbo Profissional**



Saúde da Família

PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL  
**VIÇOSA DO CEARÁ**  
UNIDOS PELO POVO  
Secretaria de Saúde



### CRONOGRAMA

ESF: \_\_\_\_\_, Mês: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Enfermeiro: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

____/____ SEGUNDA-FEIRA	____/____ TERÇA-FEIRA	____/____ QUARTA-FEIRA	____/____ QUINTA-FEIRA	____/____ SEXTA-FEIRA	SAB.	DOM.
<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____	<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____	<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____	<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____	<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____		
____/____ SEGUNDA-FEIRA	____/____ TERÇA-FEIRA	____/____ QUARTA-FEIRA	____/____ QUINTA-FEIRA	____/____ SEXTA-FEIRA	SAB.	DOM.
<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____	<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____	<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____	<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____	<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____		
____/____ SEGUNDA-FEIRA	____/____ TERÇA-FEIRA	____/____ QUARTA-FEIRA	____/____ QUINTA-FEIRA	____/____ SEXTA-FEIRA	SAB.	DOM.
<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____	<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____	<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____	<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____	<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____		
____/____ SEGUNDA-FEIRA	____/____ TERÇA-FEIRA	____/____ QUARTA-FEIRA	____/____ QUINTA-FEIRA	____/____ SEXTA-FEIRA	SAB.	DOM.
<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____	<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____	<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____	<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____	<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____		
____/____ SEGUNDA-FEIRA	____/____ TERÇA-FEIRA	____/____ QUARTA-FEIRA	____/____ QUINTA-FEIRA	____/____ SEXTA-FEIRA	SAB.	DOM.
<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____	<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____	<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____	<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____	<b>ENFERMEIRO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____  <b>MÉDICO:</b> Manhã: _____ Tarde: _____		

Assinatura/Carimbo do Profissional



## CRONOGRAMA ODONTOLÓGICO

**ESF:** \_\_\_\_\_ **Mês:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Cirurgião-Dentista:** \_\_\_\_\_

**Auxiliar de Consultório de Dentista:** \_\_\_\_\_

PREFEITURA MUNICIPAL  
FL. No. 592  
Assessoria de Licitação

____/____ SEGUNDA-FEIRA	____/____ TERÇA-FEIRA	____/____ QUARTA-FEIRA	____/____ QUINTA-FEIRA	____/____ SEXTA-FEIRA	SAB.	DOM.
Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____		
Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____		
____/____ SEGUNDA-FEIRA	____/____ TERÇA-FEIRA	____/____ QUARTA-FEIRA	____/____ QUINTA-FEIRA	____/____ SEXTA-FEIRA	SAB.	DOM.
Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____		
Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____		
____/____ SEGUNDA-FEIRA	____/____ TERÇA-FEIRA	____/____ QUARTA-FEIRA	____/____ QUINTA-FEIRA	____/____ SEXTA-FEIRA	SAB.	DOM.
Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____		
Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____		
____/____ SEGUNDA-FEIRA	____/____ TERÇA-FEIRA	____/____ QUARTA-FEIRA	____/____ QUINTA-FEIRA	____/____ SEXTA-FEIRA	SAB.	DOM.
Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____		
Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____		
____/____ SEGUNDA-FEIRA	____/____ TERÇA-FEIRA	____/____ QUARTA-FEIRA	____/____ QUINTA-FEIRA	____/____ SEXTA-FEIRA	SAB.	DOM.
Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____		
Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____		
____/____ SEGUNDA-FEIRA	____/____ TERÇA-FEIRA	____/____ QUARTA-FEIRA	____/____ QUINTA-FEIRA	____/____ SEXTA-FEIRA	SAB.	DOM.
Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____	Manhã: _____ _____		
Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____	Tarde: _____ _____		

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Carimbo do Profissional





## HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL VIÇOSA DO CEARÁ



PREFEITURA MUNICIPAL  
**VIÇOSA DO CEARÁ**  
UNIDOS PELO POVO

### CUIDADOS PÓS-CURETAGEM

- Não usar absorvente íntimo durante um mês;
- O sangramento deve cessar cerca de 5 a 15 dias após o procedimento;
- Evitar banhos de mar, piscina, lagos e lagoas durante 15 dias;
- Abstinência sexual durante 20 dias e depois usar camisinha;
- Evitar nova gravidez por pelo menos 3 meses;
- Manter repouso durante pelo menos 15 dias;
- A primeira menstruação pode vir acompanhada de cólicas mais fortes e coágulos e pode vir mais tarde que o habitual;

### SINAIS DE ALERTA: (PROCURE O MÉDICO)

- Sangramento que é preciso trocar absorvente a cada hora;
- Febre
- Cólicas abdominais fortes;
- Dor que piora ao invés de melhorar;
- Corrimento vaginal com mau cheiro

**DADOS PESSOAIS DO PACIENTE**

Nº PRONTUÁRIO		CLÍNICA		BLOCO/LEITO		CATEGORIA		
NOME				Nº REGISTRO				
NATURALIDADE		SEXO	NASCIMENTO		IDADE		COR	RELIGIÃO
ESTADO CIVIL		PROFISSÃO		G INSTRUÇÃO		PROCEDÊNCIA		
RESIDÊNCIA				BAIRRO		FONE		
FILIAÇÃO								
NOME DO CONJUGE								
PESSOA A NOTIFICAR EM CASO DE URGÊNCIA						PARENTESCO		
RESIDÊNCIA				BAIRRO		FONE		
RESPONSÁVEL						PARENTESCO		
RESIDÊNCIA				BAIRRO		FONE		
DOCUMENTO APRESENTADO PARA INTERNAÇÃO								
DATA DA INTERNAÇÃO		DATA DA SAÍDA		DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO		DESTINO DADO AO PACIENTE		
<b>CONDIÇÕES</b>				<b>TIPO</b>				
<input type="checkbox"/> 1 - Curado <input type="checkbox"/> 2 - Melhorado <input type="checkbox"/> 3 - Inalterado <input type="checkbox"/> 4 - A pedido <input type="checkbox"/> 5 - Internado para diagnóstico				<input type="checkbox"/> 6 - Administrativa Chefe Médica ou supervisão hospitalar <input type="checkbox"/> 7 - Por indisciplina <input type="checkbox"/> 8 - Evasão <input type="checkbox"/> 9 - Para complemento do tratamento em regime ambulatorial				
<b>G - ÓBITO</b> <input type="checkbox"/> 0 - Inexistência de dados <input type="checkbox"/> 1 - Óbito-operatório (ocorrido durante o ato cirúrgico) <input type="checkbox"/> 2 - Óbito pós-operatório ocorrido nas primeiras 24 horas <input type="checkbox"/> 3 - Óbito pós-operatório ocorrido com mais de 24h até 72 horas <input type="checkbox"/> 4 - Óbito pós-operatório ocorrido com mais de 72h na 1ª semana após a operação <input type="checkbox"/> 5 - Óbito ocorrido depois da 1ª semana após o ato cirúrgico <input type="checkbox"/> 6 - Óbito por anestesia								

Diagnóstico Definitivo \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

>>>>>

Diagnóstico Secundário \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

>>>>>

Operação \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Antes de 24h.  
 Depois de 25h.

AUTOPSIA  SIM  
 NÃO





PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



**ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA/VASECTOMIA AO SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL MATERNIDADE MUNICIPAL VIÇOSA DO CEARÁ**

<b>NOME:</b>		
<b>SEXO:</b>	<input type="radio"/> MASCULINO	<input type="radio"/> FEMININO
<b>ENDEREÇO:</b>	<b>Nº.:</b>	
<b>COMPLEMENTO:</b>	<b>BAIRRO:</b>	VIÇOSA DO CEARÁ - CEP: 62300 000
<b>ACS:</b>	<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> ____/____/____.	

<b>GRAU DE INSTRUÇÃO:</b>	<input type="radio"/> NÃO ALFABETIZADO	<input type="radio"/> 1º GRAU	<input type="radio"/> 2º GRAU	<input type="radio"/> 3º GRAU
---------------------------	--	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

<b>INDICAÇÃO:</b>
-------------------

**MÉTODOS CONTRACEPTIVOS/RECURSOS UTILIZADOS ANTERIORMENTE:**

<input type="radio"/> DIAFRAGMA	<input type="radio"/> PRESERVATIVO
<input type="radio"/> HOMÔNIO ORAL	<input type="radio"/> OUTRO:
<input type="radio"/> HORMONIO INJETÁVEL	_____
<input type="radio"/> NATURAL	_____

**TEMPO DE ACOMPANHAMENTO NO SERVIÇO DE SAÚDE, EM USO DE OUTROS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS:** \_\_\_\_\_

<b>UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE REFERÊNCIA:</b> _____
--

<b>ENFERMEIRO:</b> _____ <i>Assinatura/Carimbo</i>
--

<b>MÉDICO:</b> _____ <i>Assinatura/Carimbo</i>
--





Saúde da Família

PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO 01

ESF: \_\_\_\_\_

MÊS: \_\_\_\_\_

		SITUAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO TERRITÓRIO													
MICROÁREA →		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL	
CRIANÇAS	<b>Nascidos vivos no mês</b>														
	<i>RN pesados ao nascer</i>														
	<i>RN pesados ao nascer, com peso &lt; 2500g</i>														
	<b>De 0 a 3 meses e 29 dias</b>														
	<i>Aleitamento exclusivo</i>														
	<i>Aleitamento misto</i>														
	<b>De 0 a 11 meses e 29 dias</b>														
	<i>Com as vacinas em dia</i>														
	<i>Pesadas</i>														
	<i>Desnutridas</i>														
	<b>De 12 a 23 meses e 29 dias</b>														
	<i>Com as vacinas em dia</i>														
	<i>Pesadas</i>														
	<i>Desnutridas</i>														
GESTANTES	<b>Menores de 2 anos</b>														
	<i>Que tiveram diarreia</i>														
	<i>Que tiveram diarreia e usaram TRO</i>														
	<i>Que tiveram infecção respiratória aguda</i>														
	<i>Acompanhadas</i>														
	<i>Com vacina em dia</i>														
	<i>Fez consulta de pré-natal no mês</i>														
	<i>Com pré-natal iniciado no 1º trimestre</i>														
	<i>&lt; 18 anos cadastradas</i>														
	<i>Que realizaram PCG</i>														
<i>Óbito materno</i>															
<b>* Puérperas (0 a 42 dias)</b>															
<i>Mulheres amamentando</i>															
<i>Mulheres em AME até o 6º mês</i>															





Saúde da Família

PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL  
**VIÇOSA DO CEARÁ**  
UNIDOS PELO BEM  
Secretaria de Saúde

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO 02

ESF: \_\_\_\_\_

MÊS: \_\_\_\_\_

		SITUAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO TERRITÓRIO												
MICROÁREA →		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL
POPULAÇÃO GERAL	<b>Mulheres</b>													
	Mulheres em idade fértil (10 a 49 anos)													
	Gravidez em menores de 18 anos													
	Gravidez em menores de 15 anos													
	Mulheres de 25 a 64 anos													
	Mulheres de 25 a 64 anos com Prevenção do Câncer Ginecológico realizada													
	Mulheres de maiores de 40 anos													
	Mulheres maiores de 40 anos com mamografia realizada													
	Mulheres em tto para CA de Colo Uterino													
	Mulheres em tto para CA de Mama													
	Óbitos em Mulheres em Idade Fértil													
	<b>Homens</b>													
	Com idade de 40 a 59 anos													
Com idade > 60 anos														
Com diagnóstico de CA Prostático														
Em tratamento para CA Prostático														
Óbitos por CA														
<b>HAS</b>	Hipertensos													
	Hipertensos acompanhados													
	Hipertensos encaminhados a outros serviços													
<b>DM</b>	Diabéticos													
	Diabéticos acompanhados													
	Diabéticos encaminhados a outros serviços													
<b>*</b>	Outros Óbitos													
<b>ACS</b>	Total de Famílias													
	Total de Pessoas													
	Total de Visitas Realizadas													







Saúde da Família

PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



RELATÓRIO DE GRUPOS ESPECÍFICOS

ESF: \_\_\_\_\_ MÊS: \_\_\_\_\_

		SITUAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO TERRITÓRIO													
MICROÁREA →		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL	
GRUPOS ESPECÍFICOS	Doentes Renais Crônicos														
	Doentes Renais Crônicos Acompanhados														
	Casos de Hanseníase														
	Casos de Hanseníase Acompanhados														
	Casos de TB														
	Casos de TB Acompanhados														
	Clientes Acamados														
	Clientes Acamados Acompanhados														
	Clientes com CA														
	Clientes com CA Acompanhados														
	Clientes com Convulsões e Síndromes Epiléticas														
	Clientes com Convulsões e Síndromes Epiléticas Acompanhados														
	Clientes com Deficiência														
	Clientes com Deficiência Acompanhados														
	Clientes com DPOC/Asma														
	Clientes com DPOC/Asma Acompanhados														
	Clientes com Obesidade														
	Clientes com Obesidade Acompanhados														
	Usuários de Álcool														
	Usuários de Álcool Acompanhados														
	Usuários de Benzodiazepínicos														
	Usuários de Benzodiazepínicos Acompanhados														
	Usuários de Drogas Ilícitas														
Usuários de Drogas Ilícitas Acompanhados															
Usuários Tabagistas															
Usuários Tabagistas Acompanhados															







