

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Nº Imóveis trabalhados por tipo						Nº Imóveis				Nº Tubetes/ Amostras Coletadas	Pendência		Nº depósitos inspecionados por tipo										
Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total	Trat. Focal	Trat. Periferal	Inspecionados	Recuperados		Aberta	Fechada	A1	A2	B	G	D1	D2	E	Total			
/	/	/	/	/	/																		
TB - terreno baldio						PE - Ponto Estratégico																	
Nº depósitos							Adulticida		Nº e seq. dos quarteirões trabalhados														
Eliminado	Tratados						Tipo	Qtde. de (cargas)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Larvicida (1)			Larvicida (2)					/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Tipo	Qtde. (gramas)	Qtde. dep. trat.	Tipo	Qtde. (gramas)	Qtde. dep. trat.																	
								/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
								/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Nº e seq. dos quarteirões concluídos										/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
										/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº e seq. dos quarteirões com Aedes Aegypti										Nº e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Nº de depósitos com espécimes por tipo										Nº de imóveis com espécimes, por tipo						Nº de exemplares			
	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total		R	C	TB	PE	O	Total	Larvas	Pupas	Exuvia de pupa	Adultos
com Aedes aegypti									com Aedes aegypti										
com Aedes albopictus									com Aedes albopictus										
									outros										

A1 - Caixa d'água (elevada)
D1 - Pneus e outros materiais rodantes

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

TB- Terreno baldio PE - Ponto Estratégico
B- Pequenos depósitos móveis
E - Depósitos naturais

C- Depósitos fixos

Data da entrada	Data da Conclusão	Laboratório	Laboratorista	Assinatura





PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PRONTUÁRIO FAMILIAR

NOME:

(Mãe ou responsável pelo Nucleo Familiar)

Nº REG. FAMILIAR

ENDEREÇO:

PONTO DE REFERÊNCIA:

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
C O R															

Atenda bem.
Informe bem.
Seja eficiente.



 **SECRETARIA DE SAÚDE** 
 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Nº _____ DATA: ____/____/____

Ultrasson Ex. Laboratoriais Rx ECG
 Mamografia EDA ECO EEG Tomografia
 Neurologista Biopsia Urologista Ortopedista
 Oftalmologista Gastro Ressonância Otorrino
 Cardiologista Neuropediatra Endocrinologista
 Cirurgia Mastologista Escanometria Pediatra
 F.O e A.O Audiometria Coloscopia Nefrologia
 Pneumologia Ginecologista Hematologista
 Cirurgia Plástica Outros _____

OBS: NÃO RASURE, NÃO PERCA.

 **SECRETARIA DE SAÚDE** 
 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Nº _____ DATA: ____/____/____

Ultrasson Ex. Laboratoriais Rx ECG
 Mamografia EDA ECO EEG Tomografia
 Neurologista Biopsia Urologista Ortopedista
 Oftalmologista Gastro Ressonância Otorrino
 Cardiologista Neuropediatra Endocrinologista
 Cirurgia Mastologista Escanometria Pediatra
 F.O e A.O Audiometria Coloscopia Nefrologia
 Pneumologia Ginecologista Hematologista
 Cirurgia Plástica Outros _____

OBS: NÃO RASURE, NÃO PERCA.

 **SECRETARIA DE SAÚDE** 
 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Nº _____ DATA: ____/____/____

Ultrasson Ex. Laboratoriais Rx ECG
 Mamografia EDA ECO EEG Tomografia
 Neurologista Biopsia Urologista Ortopedista
 Oftalmologista Gastro Ressonância Otorrino
 Cardiologista Neuropediatra Endocrinologista
 Cirurgia Mastologista Escanometria Pediatra
 F.O e A.O Audiometria Coloscopia Nefrologia
 Pneumologia Ginecologista Hematologista
 Cirurgia Plástica Outros _____

OBS: NÃO RASURE, NÃO PERCA.

 **SECRETARIA DE SAÚDE** 
 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Nº _____ DATA: ____/____/____

Ultrasson Ex. Laboratoriais Rx ECG
 Mamografia EDA ECO EEG Tomografia
 Neurologista Biopsia Urologista Ortopedista
 Oftalmologista Gastro Ressonância Otorrino
 Cardiologista Neuropediatra Endocrinologista
 Cirurgia Mastologista Escanometria Pediatra
 F.O e A.O Audiometria Coloscopia Nefrologia
 Pneumologia Ginecologista Hematologista
 Cirurgia Plástica Outros _____

OBS: NÃO RASURE, NÃO PERCA.

 **SECRETARIA DE SAÚDE** 
 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Nº _____ DATA: ____/____/____

Ultrasson Ex. Laboratoriais Rx ECG
 Mamografia EDA ECO EEG Tomografia
 Neurologista Biopsia Urologista Ortopedista
 Oftalmologista Gastro Ressonância Otorrino
 Cardiologista Neuropediatra Endocrinologista
 Cirurgia Mastologista Escanometria Pediatra
 F.O e A.O Audiometria Coloscopia Nefrologia
 Pneumologia Ginecologista Hematologista
 Cirurgia Plástica Outros _____

OBS: NÃO RASURE, NÃO PERCA.

 **SECRETARIA DE SAÚDE** 
 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Nº _____ DATA: ____/____/____

Ultrasson Ex. Laboratoriais Rx ECG
 Mamografia EDA ECO EEG Tomografia
 Neurologista Biopsia Urologista Ortopedista
 Oftalmologista Gastro Ressonância Otorrino
 Cardiologista Neuropediatra Endocrinologista
 Cirurgia Mastologista Escanometria Pediatra
 F.O e A.O Audiometria Coloscopia Nefrologia
 Pneumologia Ginecologista Hematologista
 Cirurgia Plástica Outros _____

OBS: NÃO RASURE, NÃO PERCA.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B

N.º 087

Data ____/____/____

Paciente: _____

End: _____

Medicamento: _____

Quantidade: _____

Dose: _____

Assinatura

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	NÚMERO
SP	087

B

____ de ____ de ____

Assinatura da Emissora

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

MODELO

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Farmacológica

Posologia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Identidade N.º: _____ Órgão Emissor: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor: _____ Data: ____/____/____

SEARG ARTES GRAFICAS LTDA - R. Bisselara, 205 - Vl. Planalto - Guarulhos - SP - CNPJ 06.181.967-0001-25 - I.Est. 336.316.047.117 CFM 047.686-28
Mod. B -





PREFEITURA MUNICIPAL
VIÇOSA DO CEARÁ
UNIDOS PELO BEM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1ª VIA - FARMÁCIA 2ª VIA - PACIENTE
---------------------------	--

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____ RG: _____ Org. Emissor: _____ End.: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	_____ Assinatura do Farmacêutico Data ____/____/____

26



PREFEITURA MUNICIPAL
VIÇOSA DO CEARÁ
UNIDOS PELO POVO

26

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO AMBULATORIO

AO RETORNAR, FAVOR TRAZER ESTA RECEITA

RECEITUÁRIO

NOME: _____



FICHA DE ENCAMINHAMENTO AO NASE-AB



IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Conhecido por: _____ . Data de Nascimento: ____/____/____.

Idade: _____ . CNS: _____

Endereço: _____

Ponto de Referência: _____ . ACS: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

AO(S) PROFISSIONAL (IS):

Assistente Social Educadora Física Fisioterapeuta

Fonoaudióloga Nutricionista Psicóloga

Assinatura/Carimbo Profissional



PREFEITURA MUNICIPAL
VIÇOSA DO CEARÁ
UNIDOS PELA PAZ

GOVERNO MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue / PCFAD

Registro Básico de Controle da Pendência Operacional

UF	MUNICIPIO	LOCALIDADE	Categ.
ZONA PCFAD	CICLO L.I.	ANO. REF. CICLO L.I.	CICLO T.F. ANO REF. CICLO T.F.

PEND. IMÓVEIS

PEND. DEPÓSITOS

Nº de ordem	Data	Dados dos Imóveis com Pendência Inicial						Observação	Resultado	
		Quadrante	Logradouro	Nº Imóvel	Complemento	Tip. Im. (R, CTR ad, PE)	Motivo Par (F, R, D)		Depósito de lixo	Pendência reavida DATA
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										

LEGENDA PARA TIPO DE IMÓVEL E DEPÓSITO

R - Residência	CU - Outros	A - Pneu	B4 - Tiro	C - Vazio de Placa	S2 - Lixo	F3 - Caixa
C - Comércio		B1 - Tampa	B5 - Filtro	D1 - Material de construção	S3 - Depósito plástico	G - Caixa d'água
TR - Tarefa diária		B2 - Tambo	B6 - Pneu	C2 - Peça de carro	F1 - Pogo	H - Recipiente natural
AB - Pneu antigo		B3 - Bani	B7 - Quilô	E1 - Garrafa	F2 - Sistema	I - Outros

Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue / PCFAD

Registro Básico de Controle da Pendência Operacional

PEND. IMÓVEIS
 PEND. DEPÓSITOS

Nº de ordem	Data	Dados dos Imóveis com Pendência Inicial						Observação	Resultado	
		Quadrante	Logradouro	Nº Imóvel	Complemento	Tipo Im. (C/CTD ou PE)	Motivo Pend. (F, R, D)		Deposito de depósito Acesso	Pendência revertida DATA
31										
32										
33										
35										
36										
38										
39										
40										
41										
42										
43										
44										
45										
46										
47										
48										
49										
50										
51										
52										
53										
54										
55										

Legenda: Tipo de Imóveis: R= Resid. C= Comerc. TB= Terr. Baldio. Out= Outros; PE= Ponto Extra; Motivo de pendência: F= Im. Fechado, R= Recusa, D= Im. Desabilitado

Resumo	Imóveis com Pendência Revertida	Imóveis Pendentes Segundo o Motivo			Imóveis Pendentes Por Tipo					Imóveis Pendentes por Atividade		D.D.A. Pendentes
		Imóvel Fechado (F)	Recusa (R)	Imóvel Desabilitado (D)	Residência	Comerciais	Terrários Baldios	Outros	Pontos Extraordinários	TOTAL	A Inspeção	
Totais												

AGENTE DATA EQUIPE AGENTE SUPERVISOR

LEGENDA PARA TIPO DE SERVIÇOS E DEPÓSITOS

1 - Residência	2 - Comércio	3 - Ponto Extraordinário	4 - Imóvel Fechado	5 - Recusa	6 - Imóvel Desabilitado	7 - Residência	8 - Comércio	9 - Ponto Extraordinário	10 - Imóvel Fechado	11 - Recusa	12 - Imóvel Desabilitado
----------------	--------------	--------------------------	--------------------	------------	-------------------------	----------------	--------------	--------------------------	---------------------	-------------	--------------------------

CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS

REGISTRO DE ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS - LABCLIN

DATA: ___/___/___

Nº	NOME	ENDEREÇO	UBS	IDADE	MÉDICO(A)/ ENFERMEIRO(A)
GESTANTE					
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
DEMANDA LIVRE					
01					
02					
03					
04					
05					
PEDIDOS DE ESPECIALISTAS					
01					
02					
03					

27

PREFEITURA MUNICIPAL
FL. Nº 608
Comissão de Licitação



Hospital e Maternidade Municipal de Viçosa do Ceará
Governo Municipal de Viçosa do Ceará
Secretaria da Saúde



REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: _____
 Sexo: M () F () DN: ___/___/___ Idade: _____ Raça/Cor: _____
 Nome do Pai: _____ Nome da Mãe: _____
 Estado Civil: _____ Profissão: _____
 Município de Origem: () Viçosa do Ceará () Outro Município: _____
 Endereço: _____ Telefone () _____
 Cartão do SUS: _____ RG: _____
 Data do Atendimento: ___/___/___ Hora: _____ Recepção: _____

SINAIS VITAIS

Peso: _____ g Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: _____ x _____ mmHg
 FR: _____ irpm FC: _____ bpm DX: _____ mg/dL
 Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial () Sim () Não
 Queixa Principal: _____
 _____ Há quanto tempo: _____
 Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF: _____
 Justificativa: _____

TIPO DE ACIDENTE:

() Acidente de Trânsito Data: ___/___/___ Hora: _____ Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
 () Motô - Usando Capacete? _____ () Automóvel - Usando cinto de Segurança? _____
 () Atropelamento Local: _____
 () Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
 () Choque elétrico () Queda. De onde? _____
 () Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
 () Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Alcool () Elétrico
 () Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
 () Outros: _____

Medicações e tempo de uso: _____

Anamnese e Exames Físicos Inicial: _____

Classificação de Risco:

Data: ___/___/___

Assinatura do Profissional: _____



Hospital e Maternidade Municipal de Viçosa do Ceará
Governo Municipal de Viçosa do Ceará
Secretaria da Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL
FL. Nº 609
Comissão de Licitação

ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA

EXAME FÍSICO

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)

PROCEDIMENTO E CONDUTA

APRAZAMENTO

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____
- 6- _____

MÉDICO

Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

DESTINO

Alta Observação

TRANSFERÊNCIA PARA _____

Assinatura do Usuário ou Responsável



RELAÇÃO DE EXAMES CITOPATÓLOGICOS

UBS: _____.



Nº	NOME	IDADE	Nº LÂMINA	DATA
01				__/__/__
02				__/__/__
03				__/__/__
04				__/__/__
05				__/__/__
06				__/__/__
07				__/__/__
08				__/__/__
09				__/__/__
10				__/__/__
11				__/__/__
12				__/__/__
13				__/__/__
14				__/__/__
15				__/__/__
16				__/__/__
17				__/__/__
18				__/__/__
19				__/__/__
20				__/__/__
21				__/__/__
22				__/__/__
23				__/__/__
24				__/__/__
25				__/__/__
26				__/__/__
27				__/__/__
28				__/__/__
29				__/__/__
30				__/__/__

Assinatura/Carimbo Profissional Responsável

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

28

28

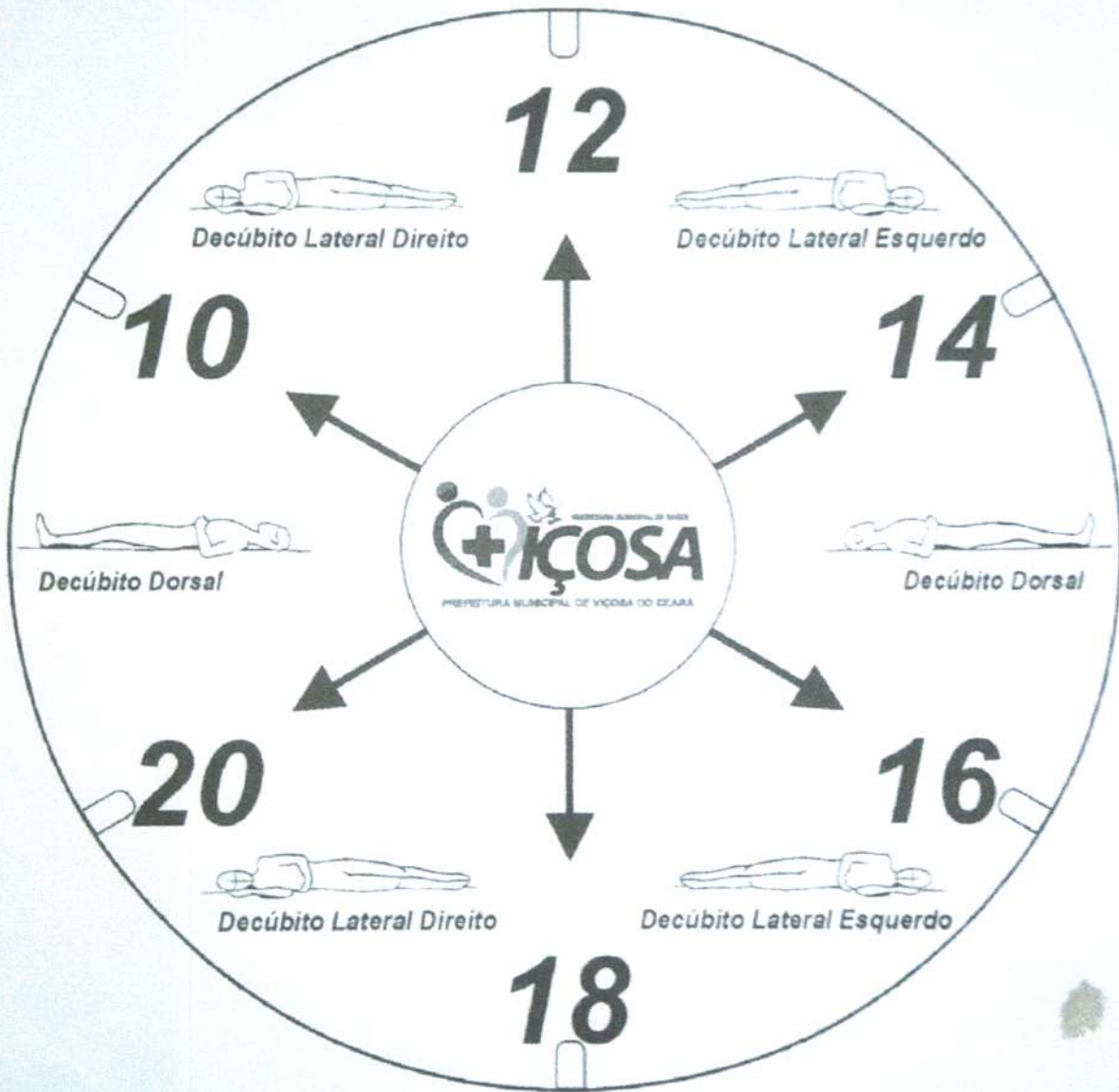


PREFEITURA MUNICIPAL DE
VIÇOSA DO CEARÁ
UNIDOS PELA SAÚDE
Secretaria da Saúde

Hospital e Maternidade Municipal de Viçosa do Ceará



Paciente: _____ Data: _____



Avenida José Figueira S/N - Centro - Viçosa do Ceará - Fone fax: (0xx88) 3632-1119
 Cep: 62.300-000 - Viçosa do Ceará-CE
 www.viçosa.do.ceara.com - CNPJ: 10.462.497/0001-13 - CGF: 06.920.314-8